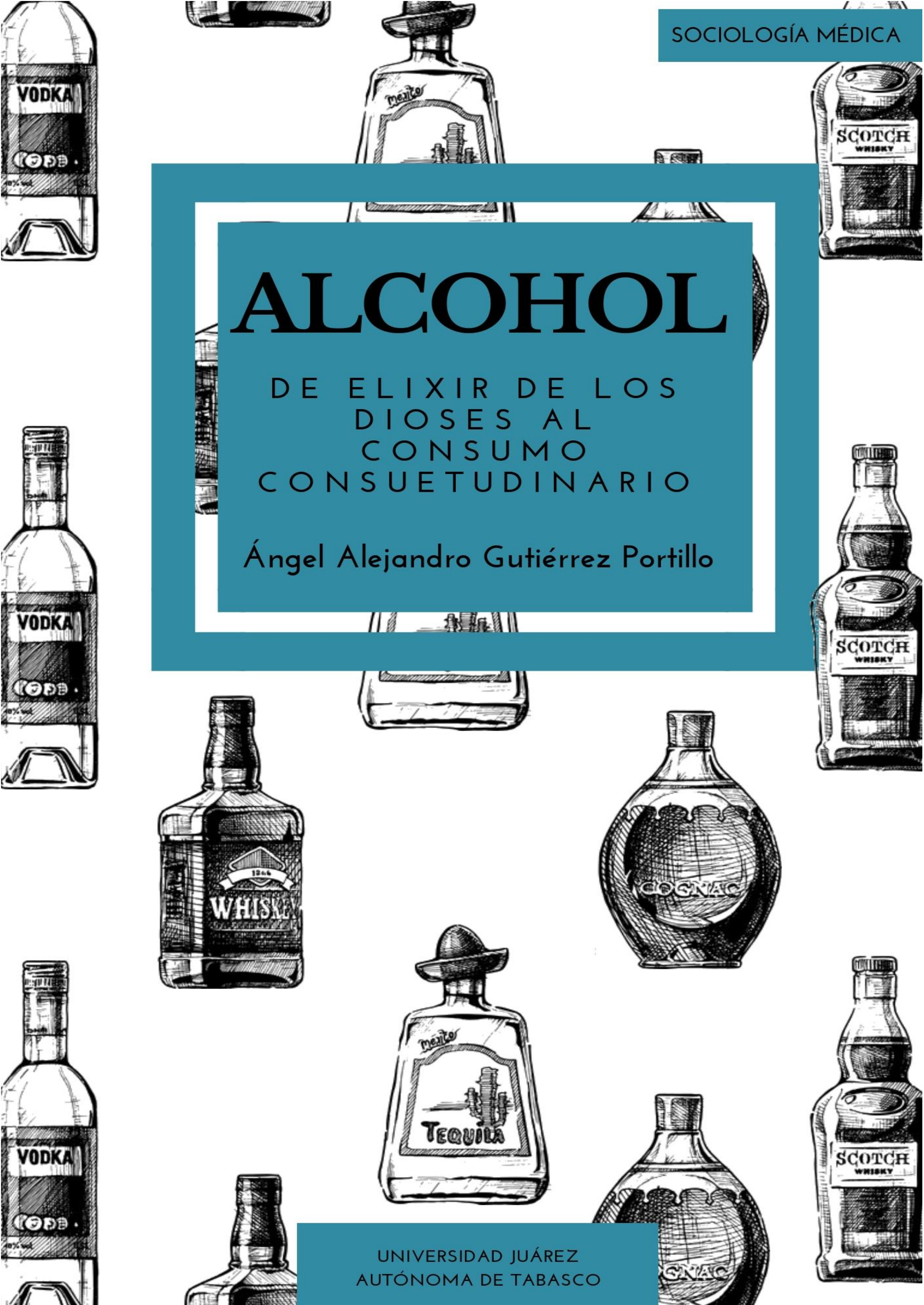

SOCIOLOGÍA MÉDICA
ALCOHOL
DE ELIXIR DE LOS DIOSES AL CONSUMO CONSUETUDINARIO
Ángel Alejandro Gutiérrez Portillo
UNIVERSIDAD JUÁREZ AUTÓNOMA DE TABASCO

Alcohol. De elixir de los dioses al consumo consuetudinario



José Manuel Piña Gutiérrez
Rector

Fernando Rabelo Hartmann
Director de la División Académica de Ciencias Sociales y Humanidades

Alcohol. De elixir de los dioses al consumo consuetudinario

Ángel Alejandro Gutiérrez Portillo



UNIVERSIDAD JUÁREZ
AUTÓNOMA DE TABASCO

Primera edición, 2019

D.R. © Universidad Juárez Autónoma de Tabasco
Av. Universidad s/n. Zona de la Cultura,
Colonia Magisterial, C.P. 86040
Villahermosa, Centro, Tabasco.

ISBN: 978-607-606-494-8

Coordinación editorial: Calíope Bastar Dorantes
Corrector: José Manuel Vázquez Broca
Maquetación: Alice Stephanie Storey
Portada: Alice Stephanie Storey

Hecho en Villahermosa, Tabasco, México

A mis padres
Armando y Gloria

ÍNDICE

PREFACIO.

La ingesta de bebidas alcohólicas es una práctica recurrente en todas las sociedades del mundo. En la historia de la mayoría de las culturas, el consumo de alcohol está plenamente documentado, con variaciones en los tipos de bebidas, los patrones de uso, sus funciones individuales, grupales y sociales.

La multiplicidad de connotaciones sociales hacia las sustancias psicoactivas, entre ellas el alcohol, encuentra su mejor expresión en el vocablo griego *phármakon*, que representa a cualquier sustancia, brebaje, bálsamo, pomada, o hierba, que trastorna la naturaleza de un cuerpo. De igual forma, se refiere a un paliativo que sirve para atenuar un dolor, un sufrimiento, es la panacea de males, de hechizos, de enfermedades, aunque también suele ser una pérfida sustancia venenosa que llega a ocasionar la muerte.

Esta ambivalencia del concepto *phármakon*, se expone con bastante frecuencia en los textos homéricos.[1] En el Canto IV de la *Odisea*, se narra cómo la hija de Zeus, Helena, tenía pleno conocimiento sobre el consumo de alcohol, como de otras sustancias psicoactivas: "al pronto echó en el vino del que bebían una droga para disipar el dolor y aplacadora de la cólera que hacía echar a olvido todos los males. Quien la tomara después de mezclada en la crátera, no derramaría lágrimas por las mejillas durante un día, aunque hubieran muerto su padre y su madre o mataran ante sus ojos con el bronce a su hermano o a su hijo" (Homero, 2017: 78).

Las obras de Homero son un buen ejemplo para ilustrarnos que, desde tiempos atávicos, la ingesta de bebidas embriagantes se ha hecho de diversas formas y puede ser caracterizado como un consumo ritual, terapéutico, ocupacional y recreacional.

Por ello, tanto el contexto como los patrones de uso han ido cambiando a través del tiempo. Los conflictos políticos, económicos, sociales, culturales, ambientales, en todo el orbe, aunados a los intereses internacionales de la producción, distribución y consumo de alcohol, han favorecido que la ingesta de bebidas alcohólicas adquiriera un carácter desintegrador.

En nuestros días, un factor que le imprime mayor importancia al tópico del alcohol es la forma en que se muestran los patrones de

[1] El vocablo *phármakon* también se encuentra en distintos diálogos de Platón: en la República; en Gorgias; en Fedón; en Teeteto; en Fedro; en Cármides; en Crátilo; en Protágoras; en Timeo, entre algún otro documento griego (Ruano, 2002).

producción, distribución y consumo alrededor del mundo, en muchos casos presididos por los cárteles del narcotráfico, así como por las repercusiones políticas, económicas, sociales y de salud vinculadas al consumo de bebidas alcohólicas.

La problemática del consumo de alcohol no puede ser observada fuera del escenario del desarrollo de modelos políticos, económicos, tecnológicos, sociales y ambientales de la creciente globalización[2] y su incidencia en la mutación de los estilos de vida contemporáneos.[3]

Un aspecto que se debe subrayar es que la política de drogas en México sigue siendo una política prohibicionista.[4] En ese sentido, las actitudes del Estado hacia el alcohol son cambiantes, y en nuestro país se ven influidas por diversos factores políticos, económicos, sociales y culturales.

A esto, cabe añadir la accesibilidad que tiene la población para adquirir en cualquier momento bebidas alcohólicas. La percepción social que se tiene hacia estas –ya sea en mayor o menor aceptación–, condiciona la toma de decisiones políticas hacia su control, puesto que en la mayoría de los casos los legisladores imprimen su huella ideológica conservadora o liberal en las leyes.[5] Esto ha incidido para que la población busque refugio en el alcohol, por la marginalidad social de la que han sido objeto históricamente.[6]

---

[2] "El fenómeno de la globalización es más profundo de lo que salta a la vista; al revelar las raíces y las consecuencias sociales del proceso globalizador, tratará de disipar algo de la niebla que rodea a un término supuestamente clarificador de la actual condición humana. La frase "compresión tiempo/espacio" engloba la continua transformación multifacética de los parámetros de la condición humana. Una vez que indaguemos las causas y las consecuencias sociales de esa compresión, advertiremos que los procesos globalizadores carecen de esa unidad de efectos que generalmente se da por sentada. Los usos del tiempo y el espacio son tan diferenciados como diferenciadores. La globalización divide en la misma medida que une: las causas de la división son las mismas que promueven la uniformidad del globo" (Bauman, 2001: 7-8).

[3] Desde hace cuatro décadas las instituciones sociales han colapsado, porque la gran fuerza de ellas radicaba en creer y hacer creer en la homogeneidad de los valores y de los principios universales, que instituían en las sociedades tradicionales para generar un sentido de pertenencia y unidad, donde se configuraba la identidad de cada persona. Esta desinstitucionalización de las instituciones sociales ha ocasionado que el mundo en el que estamos inmersos se encuentre en una profunda mutación cultural del individuo moderno (Bell, 1991; Giménez, 1996 y 1997; Berger y Luckmann, 1997; Harvey, 1998; Dubet y Martuccelli, 2000; Dubar, 2002; Bauman, 1996, 2001 y 2007; Bajoit, 2003; Martín-Barbero, 2004; Inglehart, 2005; Touraine, 2004 y 2005).

[4] "No hay una política de drogas integral. Existen programas con poca cohesión y con una inclinación clara a privilegiar la represión. Esos programas no están diseñados de forma que puedan ser evaluados, ya que en su mayoría o no contemplan indicadores de éxito o los indicadores de éxito que contemplan miden en realidad acciones, no resultados" (Atuesta, 2014: 45).

[5] Si bien, la primera sala de la Suprema Corte de Justicia de la Nación (SCJN) determinó por segunda ocasión que la Ley General de Salud contiene fracciones inconstitucionales en cinco artículos, no ha incidido para que se despenalice el uso de mariguana en México. El Capítulo V de la Ley General de Salud (1984) vigente, versa sobre los estupefacientes. Entre las drogas que están prohibidas (para su producción, distribución y consumo) en el territorio nacional se encuentra la cannabis sativa, índica y americana.

[6] "Según un grupo de economistas mexicanos, la sociedad de este país se enfrenta a un problema básico: "la enorme disparidad que existe entre sus miembros, respecto a la participación en la producción, el ingreso, el consumo y las decisiones económicas. Esta disparidad se manifiesta no sólo en una distribución de la propiedad

EL DISCURSO DE LA OBRA.

El consumo de alcohol es una práctica que acompaña al ser humano desde que se tiene memoria histórica. En las sociedades mesoamericanas empleaban el pulque en ceremonias religiosas, porque consideraban a este un elixir sagrado, al grado de que su ingesta se remitía a las clases gobernantes. Con la llegada de los españoles a la Nueva España el consumo de alcohol se popularizó entre la gente y se insertó como un elemento primordial en las celebridades festivas de cada sociedad.

Hoy en día, el alcohol es una sustancia básica para la interacción social entre la población en México, el cual se adapta a cualquier contexto social, especialmente en las ceremonias donde la ritualización del acto de beber se hace ver como espontáneo e inocuo, pero la motivación y la forma de su uso se han modificado, así como el número de quienes pasan del simple consumo ocasional al consumo consuetudinario.

De acuerdo con la información emitida por la Secretaría de Salud (2017) los efectos dañinos por la ingesta de alcohol en los planos individual, familiar y social son evidentes, tanto por los costos que generan a la sociedad, como al sistema de salud. En lo que se refiere a la ingesta de alcohol en México, por sí solo, representa el 10% del peso total de las enfermedades y los padecimientos asociados como la cirrosis hepática, la dependencia alcohólica, las lesiones producidas por vehículos de motor, los homicidios y los suicidios representan causas importantes en cuanto al nivel de pérdida de años de vida saludable.

Este escenario ha ocasionado el surgimiento de nuevos actores sociales en el territorio nacional como son las Asociaciones Civiles, quienes por iniciativa propia han construido numerosos espacios terapéuticos para la atención de dependientes al alcohol, como de otras drogas, de manera paralela a los servicios médicos deficientes ofrecidos por el Estado a través de la Secretaría de Salud y las dependencias que de ella emanan.

Por ello, en este trabajo se describen y analizan diversos enfoques que han estudiado al alcohol como fenómeno sociocultural, los patrones de consumo de alcohol en las últimas dos décadas, el contexto social en que se ingieren bebidas embriagantes, las Asociaciones Civiles que tratan la problemática y los métodos terapéuticos que emplean entre la población en México.

---

y del ingreso muy sesgada hacia los estratos superiores, sino también en una marcada diferencia entre los que tienen empleo remunerado que les permite un acceso a un nivel de vida relativamente suficiente y los que, por el contrario, víctimas del desempleo y el subempleo, no pueden integrarse en forma humana a la economía y además, carecen de lo mínimo y lo indispensable"" (Adler, 2016: 19).

A manera de prólogo, la obra comienza con el ensayo *El cuerpo alcoholizado en México*, escrito por el antropólogo estadounidense Stanley Brandes.

Seguidamente y, para dar cuenta de esta problemática, en el primer capítulo explicamos los conceptos básicos sobre el alcohol, la adicción, la dependencia y la tolerancia, desde las posturas médicas y sociales.

En el segundo capítulo, exponemos la clasificación de las sustancias psicoactivas. Esto nos permitió hacer un análisis sociológico en torno a la taxonomía de las drogas y el lugar que entre ellas ocupa el alcohol, siendo este el fármaco más dañino para la salud de las personas.

En el tercer capítulo, explicamos cuantitativa y cualitativamente el panorama social de la ingesta de bebidas embriagantes en México. Uno de los aspectos que señalamos como medulares, es que son los informes oficiales quienes más han contribuido a denostar el consumo de alcohol entre la población en el país.

En el cuarto capítulo, se presentan dos historias de vida que nos relatan el acceso a las bebidas embriagantes entre la población en México. Esto nos permitió explicar cómo el consumo de alcohol forma parte de la construcción de la identidad en los sujetos contemporáneos.

Por último, en el quinto capítulo, hablamos sobre el contexto social de la rehabilitación en México, de las Asociaciones Civiles que atienden a usuarios de alcohol, tabaco, mariguana y otras drogas, como son Alcohólicos Anónimos, Drogadictos Anónimos y Centros de Integración Juvenil.

EL CUERPO ALCOHOLIZADO EN MÉXICO

Stanley Brandes
Departamento de Antropología
Universidad de California, Berkeley

IMPORTANCIA Y CARACTERÍSTICAS DE LA BEBIDA ALCOHÓLICA EN MÉXICO.

En México, igual que en el resto del mundo (Child et al., 1965; Lomnitz, 1969; Marshall, 1979; Marshall, 1982: 4; Singer et al., 1992; Strathern, 1982: 147), el cuerpo alcoholizado es sobre todo un cuerpo masculino. Cito las palabras de Colson y Scudder (1988: 99): "a diferencia del varón, las mujeres no suelen beber; si beben, beben menos cantidad y no se emborrachan con la misma frecuencia; y beber es más común entre las mujeres que ya no pueden entrar en el embarazo." Acerca de México, se puede explicar la diferencia por género con base en la manera por la cual la bebida alcohólica afecta la fama colectiva de la familia. Emborracharse no es vergonzoso para el hombre, pero, sí, lo es, en el caso de la mujer. Decir esto no implica que la mujer mexicana no bebe. Por cierto, muchas mujeres beben, bajo determinadas circunstancias y casi siempre o dentro de la casa o durante las fiestas. Tampoco implica que la mujer mexicana no se emborracha. Sabemos por el testimonio de Frances Calderón de la Barca (1843) que, por lo menos desde la mitad del siglo diecinueve, la mujer en México se ha emborrachado de vez en cuando, aunque con menos frecuencia y en menor grado que el hombre.

La cantidad de borrachas en comparación con la de borrachos es imposible medir con exactitud, dado que la mujer suele beber en casa más y no en la calle. Cuando bebe sola o se emborracha, es en privado, fuera de los ojos del público. Según las investigaciones de un equipo mexicano de psiquiatría, las mujeres raras veces se reconocen como bebedoras en exceso. Los investigadores concluyen (Pérez et al. 1992: 126) que "ellas lo ocultan y lo niegan más que los hombres, al igual que su familia, y es menos común que otras personas les ayuden a aceptar que tienen un problema… Además, en México persisten las actitudes moralistas hacia esta enfermedad. El alcoholismo impide que la mujer cumpla con el papel tradicional que se espera de ella. Es una desviación de los valores relacionados con su conducta de esposa y madre. Se

asocia con la promiscuidad sexual y con la incapacidad para dar un buen ejemplo a sus hijos".

En cambio, para el hombre, beber pública y excesivamente es fundamental. Durante los ritos religiosos, tanto en México como en el resto de América Latina, la bebida para el hombre es obligatoria. En la misa, es el cura –sin excepción, un varón– el que comulga con el vino bendito. Durante los ritos de pasaje, sobre todo los bautizos y las bodas, son principalmente los participantes masculinos los que hacen intercambios en público de botellas de vino y licor. Y son ellos los que las ingieren públicamente. Durante los ritos de paso, sobre todo en los bautizos y bodas, los participantes masculinos intercambian una infinidad de botellas de alcohol. Consumirlos forma una parte integral del proceso ritual.

En las fiestas comunitarias, es normal que los mayordomos repartan y beban cantidades enormes de alcohol (Bricker, 1973; Cancian, 1965; Ingham, 1986; Nájera-Ramírez, 1997; Nash, 1985; Vogt, 1993). Dice John Ingham (1986: 151) del pueblo de Tlayacapan en el estado de Morelos, que "beber constituye comportamiento típicamente masculino. Las mujeres pueden beber un poco durante las fiestas, pero no para emborracharse… Los varones, en cambio, beben mucho durante Carnaval, los fines de semana, o en cualquier momento." El papel ceremonial de los curanderos y autoridades políticas en Mitla, Oaxaca, es de "beber contínuamente" (Parsons, 1936: 187). En el estado de Chiapas, hasta procesos legales incorporan la bebida entre hombres. Son siempre los varones los que regalan, reciben, y beben botellas de alcohol durante estas ocasiones (Collier, 1973: 24-27, 100-103).

Por toda la república mexicana, durante el Día de Muertos, las familias montan altares caseros en honor a sus difuntos (Brandes, 1988; Nutini, 1988). Los decoran con la comida y la bebida que más gustaban al difunto. En el caso de un difunto masculino, es normal que adornen el altar con alguna bebida alcohólica: botellas de tequila, brandy, cerveza, o de la bebida que más prefieran. Hasta las almas masculinas se nutren del alcohol. En cambio, cuando se monta el altar en honor a una difunta, nunca le presentan una botella de alcohol, aunque fuera bebedora. Divulgar y presumir de su mala costumbre públicamente sería sumamente vergonzoso tanto para ella como para la familia.

Los hombres en México utilizan bebidas alcohólicas para demostrar y reforzar lazos de amistad. Según Larissa Lomnitz, en la

ciudad de México durante la decada de 1970, los albañiles que eran sus informantes formaban amistades exclusivamente con otros varones. Llamaban a los amigos *cuates* (literalmente, "hermano", "amigo intímo"). *Cuates* eran –y siguen siendo– más que nada amigos de la botella; es decir, los cuates se acompañan para beber. En Cerrada del Cóndor, colonia Las Águilas, donde Lomnitz realizaba su trabajo de campo, es el acto de beber alcohol lo que une a los grupos de varones. Emborracharse juntos, sobre todo, es lo que les establece una relación de confianza. En las palabras de Lomnitz (1975: 190) "El hecho de emborracharse juntos se considera como una marca de confianza y una liberación de las formas rígidas del trato impersonal: La borrachera es una liberación, se desinhibe la gente. Los que están sobrios no pueden decir muchas cosas que dicen cuando borrachos: son sus verdades". Es por eso que un hombre de Cerrada del Cóndor le confesó que, "No, no bebo, por eso no tengo amigos." El cuerpo demasiado controlado es el cuerpo aislado. Las redes de amistad requieren de un cuerpo ebrio. Para mí, hacer trabajo de campo en Tzintzuntzan, un pueblo del estado de Michoacán, era difícil en los años 1960 y 1970, por el requisito masculino de beber. En esa comunidad de alfareros y labradores, algunos jóvenes trataban de formar lo que podríamos llamar una amistad anticipada; "¡Un día vamos a emborracharnos!", solían decirme, como si las palabras fueran la firma de un trato entre nosotros.

No cabe duda, pues, que en México, a nivel tanto cotidiano como ceremonial, la bebida alcohólica es un foco de la vida masculina y no femenina. Esto no significa ni que la mujer no bebe ni que la mujer no se emborracha nunca. Pero, sí, implica que tanto a nivel ideológico como a nivel de comportamiento, la bebida alcohólica y la borrachera están implicadas de una manera estrecha con la identidad masculina. La sociedad mexicana permite que el hombre ingiera alcohol hasta el punto de perder su control corporal. No es sólo posible, sino obligatorio, que se emborrache. Por eso, el refrán dice que "Sin borrachos, no hay fiesta". La mujer, en cambio, no está permitida de ninguna manera ni a emborracharse ni a beber excesivamente en ningún ámbito. Una borracha es peligrosa. Puede manchar el honor familiar, servir de modelo negativo a las hijas, y dejar de desempeñar su papel en el hogar. Una borracha monta un escándalo que trae consecuencias no sólo a ella sino a su familia. Por eso las borrachas son escasísimas en comparación con los borrachos.

Dada la importancia de la bebida para los hombres, no es de extrañar que Eduardo Menéndez (1990: 9) escriba: "El "alcoholismo", en forma directa (cirrosis hepática, psicosis alcohólica) e indirecta

(accidentes, homicidios), constituye una de las primeras causas de muerte en países latinoamericanos como México, Chile y Argentina. Estas consecuencias se registran sobre todo para varones de entre 20 y 64 años de edad, hasta el grado de que en México y en los grupos etarios de 35 a 44 y de 45 a 64 años constituyen la primera o segunda causa de muerte. Es decir, en México varones en la denominada "edad productiva" mueren por el uso y consumo de alcohol, más que por ninguna otra cosa". La alcoholdependencia no sólo es una condición normal de los hombres mexicanos, sino que, a nivel masivo, lleva consecuencias mortales para el sector masculino.

Menéndez (1990: 19-26) reconoce que en México desde 1930 a la actualidad, la tasa de mortalidad ha disminuido. Durante el mismo período la esperanza de vida al nacer ha subido. Sin embargo, la incidencia de la cirrosis del hígado ha aumentado bastante en las últimas décadas, sobre todo entre hombres. No sólo los investigadores, sino también la gente de la calle en la ciudad de México, reconoce lo peligrosa que puede ser la cirrosis. Explica un *bolero* (limpiabotas), amigo de dos alcohólicos que murieron a causa del alcohol, "Cuando se le da al ser humano la cirrosis es, este, ya no es sangre, es agua. Se convierte la sangre en agua de tanto ingerir alcohol. Ya no puede ingerir alcohol y la persona que vuelve y que no oye los consejos del doctor… ese hombre dura quince días nada más de vida". Para este bolero, la posibilidad de contraer cirrosis es motivo suficiente para dejar de beber.

Tanto a nivel popular como científico, el cuerpo alcoholizado se considera un cuerpo enfermo. En las juntas de Alcohólicos Anónimos – un movimiento social-espiritual que yo observé durante dos años en la Ciudad de México– todos los miembros suben a tribuna para hablar y se presentan usando el siguiente saludo: "Buenas noches, mi nombre es Fulano, y soy un enfermo alcohólico". De hecho, Alcohólicos Anónimos es el movimiento que más responsibilidad ha tenido en difundir por el mundo entero el concepto del alcoholismo como enfermedad. E. M. Jellinek, un fundador de estudios académicos sobre el uso social del alcohol, escribió que "una enfermedad es la que la profesión médica reconoce como tal". Puesto que desde hace muchos años los profesionales han reconocido al alcoholismo como enfermedad, la línea de A.A. al respecto ha sido confirmada para el público a nivel científico. Los miembros de Alcohólicos Anónimos en la Ciudad de México declaran que nunca dejarán de ser alcohólicos. Sí, cuando ingresan en Alcohólicos Anónimos dejan de ser alcohólicos activos, convirtiéndose en lo que ellos llaman alcohólicos en

recuperación. El mayor logro para ellos es mantener el estado de recuperación durante toda su vida.

Hay que clarificar que la línea oficial de Alcohólicos Anónomos no es simplemente que la bebida alcohólica produce enfermedad. Es que el alcoholismo en sí *es* una enfermedad. Además, según A.A. el alcoholismo es una enfermedad "progresiva, incurable, y mortal". No tiene remedio. En las palabras de un A.A. del grupo que yo estudié, "El alcoholismo es progresivo y mortal por necesidad. Si tú sigues con tus copitas de cada ocho días, después ya no va a ser cada ocho días, después ya va a ser cada cuatro días… cada cinco días, te vas a ir mermando hasta el último que ya sea por semanas completas, después de semanas, meses completos, después te vas a aventar casi el año como lo tuve que hacer yo. Tengan cuidado, cabrones, porque eso –el alcoholismo– es progresivo y mortal". Según la filosofía de A.A., el que padece de esta enfermedad ha de aprender a vivir con ella. En el caso del alcohólico, la única solución es dejar de beber, ni una gota más. Es como si tuviera una alergia peligrosa y congénita. Durante toda su vida, el alérgico debe evitar contacto con la sustancia venenosa, o sufrir consecuencias graves. Para el alcohólico, la consecuencia de beber es la muerte.

La definición del alcoholismo como enfermedad –una definición inventada y promovida por Alcohólicos Anónimos– ha experimentado un éxito fenomenal. Por todo el mundo occidental, la medicina oficial ha llegado a definir el alcoholismo como una enfermedad. A la vez, Alcohólicos Anónimos ha expropiado conceptos que pertenecen más bien a la medicina oficial. Por ejemplo, en las juntas de Doble A en México, los miembros cuentan historias de vida que ellos llaman *historiales*. En el castellano que se habla en México, la palabra historial significa el caso patológico de un paciente ingresado en el hospital. Tanto el médico como el alcohólico pueden esperar controlar la enfermedad mediante un expediente de causas, síntomas y consecuencias. En el caso del alcohólico miembro de Alcohólicos Anónimos, este expediente se realiza oralmente, en el habla, no por escrito.

Según los miembros de Alcohólicos Anónimos, se controla la enfermedad a través de una especie de confesión en público: el historial. Para descubrir las ideas sobre el cuerpo de los alcohólicos en recuperación, no hay que mirar más allá de los historiales. Hablo en particular de las ideas expresadas entre un grupo de alcohólicos, que yo denomino Apoyo Moral. Apoyo Moral tiene una membresía que varía

entre diez y veinte hombres. Casi todos ellos inmigraron de varios estados mexicanos a la Ciudad de Mexico en la década de 1970. Pertenecen a la clase de migrantes que en México se llama "paracaidistas", porque parecía que cayeron del cielo en masa sobre un terreno desocupado; en nada de tiempo limpiaron ese terreno, construyeron casas y dentro lograron formar comunidades semi-autónomas. Los miembros de Apoyo Moral son en general muy pobres. Todos viven dentro de tres o cuatro manzanas del grupo en donde celebran sus juntas. Los del grupo se consideran "compañeros", para contrastar con los llamados cuates, es decir, amigos unidos por la bebida. Los compañeros de Apoyo Moral celebran sus juntas tres noches por semana. Cada sesión dura una hora y media, y consiste sobre todo en la presentación de historiales.

Los historiales permiten entender las ideas de los compañeros sobre el cuerpo y la salud. Ante todo, para ellos el cuerpo alcoholizado es un cuerpo sucio y desordenado, un cuerpo de aspecto repugnante. Emilio cuenta cómo se encontraba físicamente cuando *tocó fondo*. (Los miembros de A.A. utilizan el término *tocar fondo* para indicar el momento de mayor desesperación física y social, un estado que les anima por fin a buscar ayuda).

> Estoy narrando mi trayectoria como cuando de veras ya mi alcoholismo ya me había afectado bastante, ya lo máximo. Yo ya había tocado fondo, de ese fondo es de que yo ya andaba pidiendo pa' tomar. Yo ya no me preocupaba por una esposa que yo ya no daba gasto pa' comer, que yo ya me dedicaba más al alcoholismo, que yo ya me tiraba en las banquetas, que yo ya traía los pelos parados, una cara renegrida. Este ya sea que yo era una persona… un cero a la izquierda. Yo ya no valía nada.

Otro compañero, David, manifiesta que en su fase activa del alcoholismo, "Yo anduve arrastrándome… Yo anduve miado, anduve cagado. Imagínese hasta donde me había arrastrado mi alcoholismo".

El compañero Ricardo recuerda el día de su boda, que cayó precisamente durante una borrachera. Me habló en el momento de llegar a casa desde su trabajo de albañil:

> Cuando nos casamos yo andaba como ahorita. Yo andaba todo encalado, todo lleno de cal, porque me fueron a traer a donde yo estaba trabajando para que me casara… Mi mujer cuando nos casamos… este… estaba barrigoncita y luego tenía un grano en un… aquí en una rodilla y no se podía ni hincar y así… este… así nos casamos y yo todo andaba de cal. Andaba todo encalado de la cara y

de la ropa y así me entré a la iglesia, para que hubieran sacado unas fotos para que se viera visto todo esto… Pero, caray, verdad, que todo eso verdad.

Durante una junta, Néstor empezó su historial hablando del aspecto físico de Roberto, en el momento de su llegada por primera vez al grupo Apoyo Moral. Tenía pelos "parados", largos, y llenos de piojos, dijo. El tema del pelo mal arreglado se convirtió en el *leitmotif* de la junta. Damián explicó que cuando él llegó a su primera junta, todos los compañeros declararon que su pelo era tan repugnante que no tenían más remedio que rasurarlo. Damián se presentó a la próxima junta completamente calvo.

Para apreciar la importancia del aspecto físico para los compañeros mexicanos de Doble A, es suficiente recordar que la gente mexicana aprecia al máximo la limpieza de su persona. En la misma Ciudad de México, vas por el metro en un vagón cargado de pasajeros y nunca jamás hueles nada a nadie. Llevar ropa recién lavada, lavarse el pelo diariamente, bañarse todos los días, son normas de toda la sociedad mexicana, desde la persona más rica hasta el campesino más pobre. Andar "mugroso" –la palabra que se repite múltiples veces en los historiales– no sólo es vergonzoso en sí, sino que también representa para los compañeros todo el desorden que trae el alcoholismo. Las normas de limpieza en A.A. son tan rígidas que los compañeros se sienten mal si llegan directamente del trabajo a la junta, sin haberse lavado y cambiado de ropa. Los que forzosamente tienen que hacerlo suelen pedir disculpas al grupo en el momento de subir a tribuna para contar un historial.

Para los compañeros, hablar de la limpieza personal casi siempre les hace pensar en la limpieza de la sala. En una ocasión, subió a tribuna un compañero nuevo, llamado José. Habló de su fase como alcohólico activo. Explicó que tomar excesivamente afectaba sus funciones naturales. Con frecuencia y de repente, perdía el control. El cuerpo explotaba y se llenaba de orines y heces. José había llegado a Apoyo Moral después de salir de otros grupos Doble A. Para él, no funcionaban, dijo, porque ninguno de ellos solucionaba el problema de la limpieza. Al entrar a la sala de los otros grupos, José pensaría, "¿qué es esto? ¿una pulquería?" Se quejaba de que nadie aceptaba ni "el servicio del café" ni "el servicio de la ceniza".

En Apoyo Moral, los compañeros manifestaban unas normas estrictas sobre la limpieza de la sala. Fumar durante las juntas era

totalmente prohibido (debe ser de los pocos grupos de Alcohólicos Anónimos en el mundo así). Por supuesto, esta regla evitaba el problema de vaciar y fregar los ceniceros. Además, el grupo se organizaba para mantener el buen estado tanto de la sala como de la acera de al lado. Apoyo Moral tiene nada más dos cargos oficiales: tesorero y secretario. El secretario lleva quizá un nombre inapropiado. El secretario de Apoyo Moral, lejos de luchar con el papeleo burocrático, es el que se encarga de servir y limpiar. Guarda las llaves de la sala y tiene la responsabilidad de abrirla a buen tiempo. Procura llegar antes de la hora de la junta para barrer afuera y dentro, quitar polvo, y poner las sillas y la tribuna en orden. Calienta el agua para el café y el té. Durante la junta, que dura una hora y media, sirve el café y el té. Al terminar la junta, se queda para lavar las tazas, tirar la basura, y preparar la sala para la próxima junta. Es él también quien informa al grupo si les hace falta comprar té, café, azúcar o servilletas.

Ser secretario casi siempre resulta poco grato. Raras veces se escapa de la mala lengua. Los compañeros a veces utilizan los historiales para criticar la calidad del servicio. Donaldo, por ejemplo, comenta que el secretario no debe lavar los trastes durante la junta. Recuerda al grupo que el secretario, igual que cualquier compañero, debería enfocarse en los que hablan desde la tribuna. Limpiar durante un historial estorba la tranquilidad del ambiente y, por lo tanto, afecta la eficaz terapia de todos. A pesar de los comentarios que salen con frecuencia sobre este asunto, el secretario sigue la costumbre de fregar durante el último historial de la junta. Quiere llegar a casa a la misma hora que sus compañeros no sólo para descansar y cenar, sino también para escapar de las críticas de su familia. Los compañeros que llegan tarde a casa pueden haber gastado tiempo y dinero en la bebida o en las mujeres. Llegar a casa a buen tiempo demuestra honradez.

La tribuna se utiliza como medio eficaz de control social. Casi siempre un compañero critica al otro sin mencionar su nombre ni contar acontecimientos concretos. Los narradores se expresan normalmente en términos generales, utilizando el tiempo presente. Suelen pronunciar alguna verdad vaga e innegable, por ejemplo, "El secretario tiene que llevar a cabo sus responsibilidades, y no dejarlas para otros compañeros hacer". Nunca dicen, "Anteayer Fulano de Tal se encontró fregando tazas mientras Mengano estaba dando su historial. Debería portarse mejor como secretario". A pesar de las generalidades, todos entienden el significado de la crítica y saben a quién se refiere. Los compañeros no presentes también se enteran de quién ha criticado a quién. Fuera de la junta, todos ofrecen sus opiniones sobre el

comportamiento del crítico y de la víctima. Censurar a un compañero desde la tribuna representa un verdadero insulto que puede hasta poner en riesgo la supervivencia del grupo. La persona censurada se ofende. A veces dimite del cargo. A veces sale del grupo temporal o permanentemente. A veces deja de hablar al compañero que le criticó. Siempre un historial de tipo crítico trae consecuencias negativas para el grupo.

Los mecanismos de control social en Alcohólicos Anónimos son tan fuertes y constantes que incluso afectan radicalmente hasta el cuerpo de los miembros. Por lo menos en Apoyo Moral, el compañero se somete forzosamente a las normas del grupo; sobre todo, esto implica adaptar su cuerpo a los requisitos de la junta. Según la línea de A.A., el cuerpo del alcohólico activo es un cuerpo no controlado. (En realidad, según muchos estudios, empezando con McAndrew and Edgerton [1969], el borracho también sigue unos reglamentos culturales de cómo se comporta durante una borrachera). El cuerpo del alcohólico en recuperación, en cambio, es súper disciplinado. Los llamados "'nuevos" –es decir, los recién llegados al grupo– tienen que aprender las normas de A.A., que abarcan todas las actividades grupales, sobre todo las maneras de hablar y escuchar. El aprendizaje casi siempre resulta ser un proceso largo y dificultoso hasta tal punto que la gran mayoría de nuevos no lo aguantan. Suelen asistir no más que tres o cuatro juntas y se marchan. Alcohólicos Anónimos en realidad funciona para un porcentaje mínimo de los que lo buscan. Los demás nunca logran disciplinarse de acuerdo con los requisitos del grupo.

Una de las normas más estrictas de Apoyo Moral es la de sentarse quieto y atento cuando un compañero presenta un historial. Dice un compañero que tuvo que aprender a prestar atención, "El cambio no es de la noche a la mañana. Es a través de tiempo, a través de la perseverancia, a través de poner atención, a través de escuchar, porque… yo tuve que enseñarme a escuchar. Yo era una persona que no sabía escuchar. Yo no podía tener una conversación con una persona porque ya estaba yo debatiendo… Lo aprendí también en A.A… Ahí me decían, pon tu mente receptiva y escucha y trata de obedecer…". Teóricamente, enfocarse sobre el que habla no sólo demuestra respeto al otro sino también es instructivo para el que escucha. Además, obedecer es una parte importantísima de la terapia. Hay que ponerse sumiso, corporal y emocionalmente, ante la voluntad colectiva del grupo.

Un día llegó un nuevo –un hombre ya bastante mayor– a la junta. Sacó un cuaderno y un lápiz y se entretenía durante la sesión en copiar los textos de dos carteles, primero, la lista de los Doce Pasos y, segundo, la lista de las Doce Tradiciones (las normas oficiales de A.A. acerca del comportamiento del individuo y del grupo, respectivamente). No sabía que este comportamiento se ve mal dentro del grupo y, por lo visto, malentendía las miradas de los otros en la sala, porque seguía escribiendo. Al terminar la junta, después de la colección de la llamada "séptima" –es decir, de las contribuciones monetarias de cada uno– Genaro, siempre muy discreto, regaló al nuevo un folleto que contenía el material que había copiado. Era su manera suave de mostrar al nuevo que no había necesidad de escribir. No obstante, durante la junta siguiente un compañero en su historial criticó abiertamente a "gente que escribe durante las juntas". "¡No venimos a las juntas para hacer tareas!", dijo en voz brusca.

Es relativamente frecuente que un compañero utilice el historial para regañar a otro. Eduardo se encuentra entre las víctimas más clásicas. Los compañeros consideran a Eduardo como "puerco". Durante las juntas, se mete los dedos en la nariz; suele realizar esta actividad con verdadero entusiasmo, sin ocultar ningún movimiento de mano y cabeza. Limpia y corta las uñas de tal manera que se oyen claramente los *cliks* del cortauñas. Escupe sobre las paredes del lavabo. Es muy descuidado cuando orina; la trayectoria de los orines no acierta bien, y más orines llegan al suelo que al water. Eduardo no es un nuevo. Lleva muchos años en Apoyo Moral y por lo tanto se supone que debe saber cómo portarse. A pesar de saber, sigue siendo desobediente. No ha aprendido a controlarse, no ha sido dominado por el grupo todavía. No es de extrañar, entonces, que de vez en cuando le critiquen desde la tribuna. El que más le echa críticas es el secretario, puesto que el secretario tiene la responsibilidad de guardar la limpieza de la sala. Eduardo es como un niño que necesita convertirse en el foco de atención. Lo logra con las travesuras. Puede durar un mes conformándose a las normas, pero siempre, después de un tiempo, recae. Criticarlo desde la tribuna, más que enseñar a Eduardo, es una manera de subrayar a todos los demás compañeros la importancia de mantener disciplina. Es un recuerdo, también, de las sanciones que se imponen si las normas se rompen.

Para los compañeros de Apoyo Moral, hay bastante posibilidad de cometer infracciones. Las juntas se celebran de noche, después de un día largo de trabajo manual. A veces un compañero u otro se duerme. A veces, también los compañeros se estiran, bostezan, apoyan los pies

sobre la silla delante. Todo esto está mal visto y provoca comentarios negativos en los historiales. En una entrevista hecha en casa, Enrique comenta de un compañero que "nada más llega y… se duerme en la junta… [No tiene] ni un intento de rehabilitación… El grupo de nosotros de A.A. no es para ir uno a dormirse. Es para estar al tiro, pues, con la mente despejada". A pesar de ocultar los nombres de los que cometen errores, las víctimas saben de quiénes se trata. O se conforman a las normas o huyen del grupo –un acto que perjudica al grupo–, dada la competición entre grupos para atraer a membresía. Por eso, mientras el grupo castiga al que no obedece, el desobediente mismo tiene la oportunidad de castigar al grupo. Aunque el cuerpo social lucha por dominar al cuerpo individual, no siempre gana.

El control corporal es tan cargado de sentimiento para estos hombres porque creen, al igual que todos los de la confraternidad mundial de Alcohólicos Anónimos, que es la única terapia que funciona. El primer paso lo dice directamente: "Admitimos que éramos impotentes ante el alcohol, que nuestras vidas se habían vuelto ingobernables." La palabra clave es "ingobernable". En Alcohólicos Anónimos, los compañeros no sólo procuran gobernarse a sí mismos sino que se encuentran gobernados por el grupo. Cuando Emilio llegó por primera vez a una junta de Alcohólicos Anónimos, pensó, "Ellos me están lavando el cerebro. Eso fue lo que pensé. Y esa noche, sí, me lavaron el cerebro, pero fue una cosa como para limpiármelo,… para quitarme esos insomnios [¿pesadillas?] del alcoholismo… Cuando llega un nuevo por primera vez es un lavado de cerebro, pero es un lavado de cerebro positivo… Son palabras sabias". Así, desde el primer momento, el grupo impone su voluntad sobre el alcohólico activo y de esta manera empiezan a convertirlo en alcohólico en recuperación.

Mantenerse sobrio consiste sobre todo en ser una persona gobernable. Como dice David:

> A través del tiempo,… a través de la disciplina, a través de la obediencia, estoy saliendo adelante… Si un alcohólico no es disciplinado simplemente no va a poder avanzar. La verdad es que si se disciplina uno las cosas cambian, las cosas son diferentes. Cuando digo disciplina es por ejemplo que si mi terapia empieza a las 8, pues yo debo de estar cinco minutos antes, o díez, para poder realmente escuchar todo. Porque si yo llego a las 8:15 o 8:30 ya no va a ser completa la terapia. Entonces ahí es donde entra la indisciplina… La disciplina es algo valioso en el ser humano. En todo el mundo el hombre… que no es disciplinado va a ser un desastre, siempre, siempre, siempre. Pero un desastre hablando en términos generales, sí. Y en cambio la gente disciplinada es una gente que se le respeta, que

se le aprecia, que se le ve bien, que le refleja responsibilidad, le refleja muchas cosas el ser humano disciplinado…

La disciplina no sólo es fundamental para llevar a cabo la terapia, sino que este rasgo de carácter se manifiesta más que nada en asistir a las juntas fielmente. De las juntas, dice Eduardo, "Esta es mi medicina". Declara Enrique: "Voy a cumplir quince años en A.A… Es lo que a mí me ha funcionado, es lo que me hace pertenecer al grupo de A.A… A mí me dijieron, se una vez obediente, una vez en tu vida. Y eso de ser obediente una vez en mi vida, de estar, p'os, a las vivas, como decimos,… Es lo que me ha funcionado. Y aparte de eso, estar constante en mi grupo, no fallar en mi grupo".

Asistir a las juntas es una primera etapa en la lucha contra el alcoholismo, pero no es suficiente por sí sola. Los compañeros creen que la medicina tiene que ser fuerte para que sirva. Consideran que hay que sufrir para recuperarse. Es por eso que se ponen ansiosos cuando suben a tribuna. Uno de ellos me confesó que estaba agradecido de que no había mujeres en el grupo. Es afortunado que no llegan mujeres a las juntas, dice, porque hay que ser *huevudo* para poder aguantar la ansiedad que la terapia de A.A. produce. Aunque habla en términos metafóricos, los compañeros de Apoyo Moral creen que, es por sus cualidades anatómicas como varones, que tienen la posibilidad de recuperarse. Ser hombre, ser *huevudo*, consiste en dos rasgos aparentemente contradictorios: primero, reconocer que sientes miedo, y segundo, superar el miedo para poder presentar un historial. (Poder torear presupone para el torero las mismas características; tiene que sentir miedo y superarlo a la vez). Un historial presentado tranquilamente, sin estar a punto de un ataque de nervios, no sirve terapéuticamente. No sirve ni para el que habla ni para los que escuchan. El único remedio es poder sufrir. Es esto, para los compañeros, lo que explica que la inmensa mayoría de miembros de A.A. son varones. Por lo visto, les influyen poco las palabras del credo de Doble A, recitado al comienzo de cada junta, que declara que "Alcohólicos Anónimos es una agrupación de hombres y mujeres que comparten su mutua experiencia, fortaleza y esperanza para resolver su problema común".

Para servir como terapia, la confesión en público –la cual constituye la base de la terapia en Alcohólicos Anónimos– requiere un alto grado de concentración mental por parte del que habla y el que escucha. Cuando un historial revela la ansiedad del narrador, y a la vez mantiene atentos a todos los presentes, se considera que es un historial "motivado". Para presentar un historial motivado, el que sube a tribuna

tiene que hablar de manera directa y detallada de asuntos que le afectan profundamente. También, el que habla debe mostrar que es un hombre valiente. Puede llorar delante de todos; puede confesar que pega a la mujer o que la mujer le pega. Las debilidades personales no tienen importancia. Sólo se consideran debilidades si se quedan encarcelados dentro del cuerpo. Nada aumenta la identidad masculina del alcohólico más que su capacidad de ser valiente en confesar abiertamente todo.

Los del grupo se quejan de los compañeros que suben a tribuna nada más para hablar de trivialidades. Un compañero que lleva muchos años dentro de Apoyo Moral critica al otro porque "no ha sido sincero con él mismo", y que en "su historial nunca ha dicho muchísimas cosas que hizo".

> Cuando sube a tribuna que dice, ay pues, ahora vengo muy contento porque encontré a Fulanito que ya tiene tiempo que no lo veía. Compañero Stanley, con perdón de usted, ¿a mí qué me interesa haber encontrado a Fulanito? Lo que voy a subir a tribuna es expresar cómo me está yendo, cómo fuí antes y cómo soy ahora. A mi no me llena nada, por ejemplo, encontrar a Fulano si es compañero mío… Claro, me siento contento porque lo ví y nos saludamos. Pero no voy a platicarlo allá en tribuna… Eso no es terapia.

Para ser eficaz, para recuperarse del alcoholismo, el historial tiene que revelar sentimientos y experiencias difíciles de enfrentar. Dice David, "El abordar una tribuna es importante. Eso no es fácil porque empieza uno sudar, le sudan las manos, le sudan a uno los pies, todo…".

Para los compañeros de Apoyo Moral, recuperarse y mantenerse sobrio depende de la capacidad de echar fuera todos los recuerdos y pensamientos malos que tenías guardados dentro. Es la antigua teoría del cuerpo como tetera o cafetera, que explota si le falta alguna válvula de escape. La válvula es la boca, y el vapor es el habla. Explica David,

> Hay que exponer el pasado… Se dice no hables de los demás. Habla de tu propio historial, habla de tu propia vida, que no es válido hablar de segundas, de terceras personas. Es siempre más correcto hablar de sí mismo… Eso lleva algo bien importante. El hablar de sí mismo es como curarse, vaya, como sentirse bien, como desechar internamente, el abrirse de capa. El decir en este caso, por ejemplo, pues yo cuando mis borracheras, pues, yo fuí una persona irresponsable. Yo golpeé a mi esposa, yo le falté el respeto a mis vecinos, yo hice esto, yo… Bueno, un chorro de cosas, yo falté a mi trabajo por causa de mi alcoholismo. Eso alivia, alivia porque como lo estoy expulsando. Pero mientras uno quede con todas esas cosas que le afectan… Siempre va andar uno mal. Y si usted cada que sube a una tribuna, en este caso

> A.A., y expone lo que es su historial, su pasado, se va a sentir bien. Y eso lo va a ir componiendo. Lo va a ir aliviando.

Esta teoría está compartida entre todos los del grupo Apoyo Moral. Mediante la confesión en público, hay que expulsar pensamientos y recuerdos negativos y de esta manera realizar el programa. Concluye David, "Ese es el secreto del Doble A. Se puede decir esa es la clave".

Además de aportar un contenido significativo para el alcohólico, el que presenta el historial debe ser sincero. El narrador tiene que ser claramente honesto y abierto. La sinceridad no es fácil detectar. Lo que se aprecia más que nada es un historial detallado, basado en las experiencias cotidianas del narrador, pero simultáneamente lleno de significaciones generales.

El síntoma más revelador de la sinceridad es llorar. Por cierto, los historiales suelen ser repetitivos. Siguen una fórmula y están repletos de códigos ya conocidos. No obstante, de vez en cuando, un compañero se desvía del camino previsto, y sorprende a todos en hablar muy concretamente de una experiencia traumática, sea del pasado o de la actualidad. Este tipo de historial resulta particularmente impactante si el narrador llora. He visto a compañeros llorar, por ejemplo, cuando confiesan que han tenido que prostituirse para ganar el dinero necesario para tomar. También lloran después del fallecimiento de algún familiar, sobre todo cuando el narrador habla del sufrimiento que causó al fallecido en los episodios de ebriedad. En la vida cotidiana, es poco usual que un varón mexicano llore delante de otros varones. Bajo circunstancias normales, llorar es humillante. Demuestra debilidades y por lo tanto pone a riesgo al narrador. Dentro del contexto de la junta, en cambio, las lágrimas simbolizan sinceridad y valentía. Incluso, el simple hecho de poder llorar delante de todos aumenta el prestigio del narrador dentro del grupo.

A la vez, un narrador ideal debe evitar teatralidades. Se cree que el historial emocionante e impactante es el resultado de años de asistencia a juntas. Emerge tanto de la propia experiencia de hablar en público, como del sentido de confianza creado entre el narrador y sus compañeros, un sentido que crece con el tiempo y que no aparece de repente. Un historial demasiado teatral es de sospechar, sobre todo si se presenta por un compañero nuevo. Este fue el caso, por ejemplo, con Marcos, un nuevo que era un gran orador. Cuando hablaba, tenía una alta capacidad de captar al público. Todos le prestaban atención. Marcos duró en Alcohólicos Anónimos menos de un mes. Un día dejó de asistir

juntas y nunca volvió a presentarse. Los compañeros estaban de acuerdo en su opinión sobre lo que había pasado. Decían que Marcos se había portado de una manera poco apropiada. Se pasaba de ser teatral, no era honesto con su historial. Creen que los que no son sinceros con sus historiales suelen recaer y tomaban por un hecho que Marcos era uno de estos.

El historial ideal es balanceado, equilibrado. Tiene que demostrar sinceridad, pero sin ofender a los compañeros presentes. Ni se debe entrar en controversias. De hecho, los compañeros creen que de vez en cuando el grupo saca algún beneficio de las llamadas "controversias". Las controversias ofrecen perspectivas nuevas, porque sacan a los compañeros del camino sobreconocido. Las controversias tienen la capacidad de enseñar; pueden provocar pensamientos profundos e instructivos en cada uno de los compañeros. Pero son peligrosas porque tienden a aumentar la inseguridad personal o las divisiones dentro del grupo. El bienestar del individuo depende completamente del bienestar del grupo, y tanto uno como otro están afectados por el contenido y tono afectivo de los historiales.

Una noche, Simón presentó un historial en el que criticó duramente a Eduardo por su costumbre de fumar. En Apoyo Moral, fumar es prohibido durante las juntas. (Esto a diferencia de la gran mayoría de grupos de Alcohólicos Anónimos en el mundo entero). Pero en la vida cotidiana, fuera de las juntas, los compañeros pueden hacer lo que les parece. Es verdad, Eduardo era tan fumador que su ropa olía a tabaco; por lo visto, a Simón le molestaba mucho esto. Mientras hablaba desde la tribuna, se dirigió directamente a Eduardo, lo llamó por su nombre (un acto casi insólito dentro del grupo) y le regañó por ser vicioso. Abiertamente, desde la tribuna, le dijo que olía mal, que se equivocaba en fumar, que se hacía daño en fumar, que debía dejar de fumar. Durante todo el historial Eduardo permaneció en silencio. Mantenía una pequeña sonrisa en la boca. Pero claramente se veía furioso. José, el siguiente compañero en hablar, subió en defensa de Eduardo. Sin citar nombres, explicó que primero hay que limpiar la casa de uno; después se puede ocupar de las casas de los demás. "No venimos aquí para criticar a otros", dijo, "sino para hablar de nuestras propias vidas".

A través de los historiales, los compañeros mantienen un nivel feroz de control social. La crítica es dura y constante. Tarde o temprano, él que no se conforma a las normas del grupo se convierte en víctima y recibe algún castigo verbal. Lo que hay que plantear es si la

rigidez de A.A. tiene que ver de alguna manera u otra con el proyecto neoliberalista, con el Tratado de Libre Comercio entre México, Canadá y los Estados Unidos, con el cambio socioeconómico que ha experimentado México durante las últimas tres décadas. Dado que el movimiento A.A. se fundó en 1935 en Akron, Ohio, una pequeña ciudad del medio oeste de los Estados Unidos, y bajo la influencia de un grupo evangelista ¿Se puede considerar a Doble A como una institución imperialista? La disciplina corporal que implica membresía en Alcohólicos Anónimos ¿Tendrá que ver con un estado avanzado de capitalismo?

En primer lugar, hay que señalar que Alcohólicos Anónimos ha experimentado un éxito fenomenal en México y por casi toda América Latina. Vaillant (1995: 268) relata que existen tres veces más grupos per capita en Costa Rica y El Salvador que hay en los Estados Unidos. En México, las juntas de Alcohólicos Anónimos empezaron con grupos norteamericanos en la década de 1940. Después de traducir el llamado Libro Grande de A.A, en castellano, los mexicanos empezaron a formar sus propios grupos. Ya por el año 1964, existían 36 grupos. En 1974 habían crecido a unos 928, por 1988 unos 12,000, en 1991, 14,000, y hoy seguramente que muchos miles más, una gran cantidad de ellos ni registrados oficialmente, lo cual hace imposible una estadística exacta. Como mínimo, se puede contar con un medio millón de miembros de Alcohólicos Anónimos en la República Mexicana, más de noventa por ciento de ellos varones y casi todos de clase trabajadora.

Ha habido una correlación indudable entre reformas económicas neoliberalistas, por un lado, y el crecimiento tanto de protestantismo como de Alcohólicos Anónimos, por el otro. Bernice Martin (1995: 105) observa una relación últimamente entre el protestantismo y la globalización. Coincide el movimiento neoliberalista desde los años 1960 con un aumento agudo en la presencia protestante en América Latina en general. Dice:

> La consecuencia de todo esto es moldear el capitalismo latinoamericano moderno en la forma del capitalismo norteamericano. La economía latinoamericana se parece cada día más a las estructuras econonómicas pos-industriales de Europa y América del Norte. Dentro de dos o tres generaciones, un sistema socioeconómico basado en jerarquía y clientelismo se ha transformado en una economía individualista, competetiva, y de acuerdo con la línea norteamericana.

Esta transformación, observa Martín, requiere una fuerza laboral diferente de la anterior. Acerca de la introducción de normas protestantes, declara (1995: 109) que "muchas de las renunciaciones, sobre todo las que tienen que ver con el alcohol y el tabaco, con el baile, y, sobre todo, el fútbol, son reconocidas como formas de auto-disciplina y son aceptadas porque están de acuerdo con un mejoramiento en el bienestar general del individuo". A la vez, estas formas de vivir implican un control sobre el cuerpo que está conforme con la economía de la eficiencia. Como dice Foucault (1977: 149) "establecen ritmos, imponen oficios determinados, ordenan los ciclos de repetición", etcétera.

México ha experimentado tres tipos de cambio a la vez: (1) un crecimiento de influencias globalistas económicas; (2) un aumento demográfico de grupos A.A.; y (3) un incremento agudo del número de protestantes. Estas correlaciones dan la sensación de que el A.A. y el protestantismo son ideológicamente equivalentes. De hecho, estos dos movimientos comparten algunos valores y normas de comportamiento. Opina Rodin (1985: 42), que "el tono destacante de la organización (Alcohólicos Anónimos) es religioso y en su base fundamentalista y protestante". Algunos apuntalamientos filosóficos que comparten A.A. y el protestantismo incluyen "el concepto de rendición…, la confesión y el testimonio de los rescatados, la relación directa con Dios, la decisión del individuo de buscar ayuda, la responsibilidad de cada uno para recuperarse, una estructura egalitaria, un rechazo a autoridades oficiales" (Jarrad 1997: 213). Hay una relación incluso más directa entre Alcohólicos Anónimos y el protestantismo en que los dos movimientos promueven la abstinencia y el auto-control. El auto-control, un valor sumamente protestante, es fomentado por Alcohólicos Anónimos. Incluso el término "control", muy matizado y lleno de significados, se enuncia repetitivamente en las juntas de A.A.

Sin embargo, queda claro que la gran mayoría de miembros de Alcohólicos Anónimos son de religión católica, no protestante. Apoyo Moral es un grupo representativo en este sentido; entre su membresía tiene nada más a un compañero protestante, y este no es un converso, sino que nació protestante. Todos los demás compañeros son de religión católica. En México, es bien conocido que muchos de los que buscan ayuda contra el alcoholismo encuentran una solución en la conversión en alguna religión protestante. Un ejemplo famoso es el de Pedro Martínez, el sujeto de la autobiografía compilada por Oscar Lewis (1964) en la década de 1960. Pedro Martínez, un tepozteco que inmigró a la ciudad de México, después de hacerse protestante, realizó un cambio radical en su vida, incluso dejando de beber. Explica que, a

consecuencia de rechazar el alcohol, los amigos no lo querían para nada y que ya no salía de noche. Parece que ser converso es suficiente como una motivación para dejar de beber. No hace falta a los protestantes afiliarse a un grupo de Alcohólicos Anónimos. Sería para ellos ideológicamente redundante. Convertirse al protestantismo o a Doble A son rutas alternativas a la sobriedad.

Aunque estén de acuerdo el programa neoliberalista con los valores de A.A., y el control sobre el cuerpo que implica, no existe motivo para declarar que Doble A transforma a los compañeros en grandes actores de la economía global. Por lo menos, los miembros de Apoyo Moral son, en los términos de Larissa Lomnitz (1975), marginados, muchos de ellos en paro, y otros sub-empleados. La sobriedad no les ha permitido sacar ningún beneficio financiero ni integrarse dentro de la economía pos-industrial. Uno de los grandes temas de los historiales es el de la pobreza. Hablan en cada junta de la lucha para sobrevivir, de la búsqueda –frecuentamente en vano– para encontrar trabajo, de patrones que les han engañado, de la falta de arreglos adecuados de vivienda, etcétera.

Sin embargo, parece que estos compañeros son súper afectados por la línea hegemónica de los que mantienen el poder dentro de México. Sin variar o dudar, creen y promueven un programa de disciplina corporal, que a veces llega a ser brutal. Para los miembros de Alcohólicos Anónimos, la disciplina corporal es no sólo el instrumento más apreciado para mantenerse sobrio sino también el camino más eficaz para el avance profesional. Ni las recaídas repetidas ni el paro perpetuo les decepciona. En el auto-control ven las señales de una vida mejor y una nueva sociedad.

Agradecimientos.
Agradezco mucho la colaboración de varias entidades que me ha permitido realizar este trabajo. Entre ellos cuentan: el Centro de Estudios Latinoamericanos de la Universidad de California, Berkeley; la John Carter Brown Library; el Centro de Estudios de Alcohol y Adicción de Brown University; las bibliotecas de la Universidad de California, Berkeley. He contado también con la ayuda de muchas personas, incluyendo a Liza Bakewell, Suzanne Calpestri, Leticia Casanova, Elizabeth Colson, Dwight Heath, Carl Feinstein, Matthew Gutmann, Larissa Lomnitz, David López Garza, Andrea Mitchell, María Eugenia Módena, Juan Luís Ramírez Torres, Linda-Anne Rebhun, Sergio Villaseñor Bayardo y Katharine Young.

Referencias.

Brandes, S. (1988). *Power and Persuasion: Fiestas and Social Control in Rural Mexico*. Philadelphia: University of Pennsylvania Press.

Bricker, V.R. (1973). *Ritual humor in highland Chiapas.* Austin: University of Texas Press.

Cancian, F. (1965). *Economics and prestige in a Maya community: the religious cargo system in Zinacantan.* Stanford: Stanford University Press.

Child, I. et al. (1965). A cross-cultural study of drinking, III: sex differences. *Quarterly Journal of Studies in Alcohol*, Supplement (3), 49-61.

Calderón de la Barca, F. (1843). Life in Mexico, during a residence of two years in that country. London: Chapman and Hall.

Collier, J.F. (1973). *Law and social change in Zinacantan.* Stanford: Stanford University Press.

Colson, E. and Thayer S. (1977). *For prayer and profit: the ritual, economic, and social importance of beer in Gwenbe District, Zambia, 1950-1982.* Stanford: Stanford University Press.

Foucault, M. (1977). *Discipline and punish: the birth of the prison* (Alan Sheridan, tr.). Nueva York: Vintage.

Ingham, J.M. (1986). *Mary, Michael, and Lucifer: folk catholicism in central Mexico.* Austin: University of Texas Press.

Jarrad, J. (1997). The brazilianization of Alcoholics Anonymous. *The Brazilian Puzzle* (David Hess y Roberto da Matta, coordinadores), pp. 209-235. Nueva York: Columbia University Press.

Lomnitz, L. (1969). Patrones de ingestión de alcohol en migrantes Mapuche en Santiago. *América* indígena, 29 (1), 43-72.

Lomnitz, L. (1975). *Como sobreviven los marginados*. México: Siglo XXI.

MacAndrew, C. and Edgerton, R. (1969). *Drunken comportment:a social explanation*. Chicago: Aldine.

Marshall, M. (1979). *Weekend warriors:alcohol in a Micronesian culture.* Mountain View (California): Mayfield.

Marshall, M. (1982). Introduction: twenty years after Prohibition. *Through a glass darkly: beer and modernization in Papua New Guinea* (Mac Marshall, coord.), pp. 3-14. Boroko (Papua Nueva Guinea): Institute of Applied Social and Economic Research.

Martin, B. (1995). New mutations of the protestant ethic among Latin American pentacostals. *Religion*, 25, 101-117.

Menéndez, E. (1990). *Morir de alcohol: saber y hegemonía médica.* México: Alianza.

Nájera-Ramírez, O. (1997). *La fiesta de los Tastoanes: critical encounters in mexican festival performance.* Albuquerque: University of New Mexico Press.

Nash, J. (1985). *In the eyes of the ancestors: belief and behavior in a mayan community.* Prospect Heights (Illinois): Waveland.

Parsons, E.C. (1936). *Mitla:town of the souls.* Chicago: University of Chicago Press.

Pérez, C.G. et al. (1992). La mujer en los grupos de Alcohólicos Anónimos. *Anales del Instituto Mexicano de Psiquiatría*, pp.125-129. México: Instituto Mexicano de Psiquiatría.

Rodin, M.B. (1985). Getting in the program: a biocultural analysis of Alcoholics Anonymous. *The American experience with alcohol:contrasting cultural perspectives* (Linda A. Bennett y Genevieve M. Ames, coords.), pp. 41-58. Nueva York: Plenum.

Singer, M. et al. (1992). Why does Juan García have a drinking problem? The perspective of critical medical anthropology. *Medical anthropology* 14, 77-108.

Strathern, A. (1982). The scraping gift: alcohol consumption in Mount Hagen. *Through a glass darkly: beer and modernization in Papua New Guinea* (Mac Marshall, coord.), pp. 139-153. Boroko (Papua Nueva Guinea): Institute of Appied Social and Economic Research.

Vaillant, G.E. (1995). *The natural history of alcohol revisited.* Cambridge: Harvard University Pres.

Vogt, E.Z. (1993). *Tortillas for the gods: a symbolic analysis of Zinacanteco Rituals*. Norman: University of Oklahoma Press.

Capítulo I

CONCEPTOS BÁSICOS SOBRE EL ALCOHOL

Nos atrevemos a afirmar que el principio de las nacionalidades
tiene su origen, precisamente en las cualidades
del líquido que los hombres han ingerido.
Así, vemos como los bebedores de hidromiel
eran frugales, sanos y austeros;
los de cerveza, fríos, lentos, filosóficos y sistemáticos;
los de aguardiente, atormentados, introvertidos y lunáticos;
los del vino, ardientes, generosos inteligentes y habladores.

Xosé Posada

PREÁMBULO.

Uno de los aspectos más recurrentes y problemáticos en relación, no sólo con el alcohol sino con todas las drogas, es la confusión terminológica. Esto ha ocasionado que sus implicaciones médicas, políticas, económicas, jurídicas, sociales y culturales que acompañan al fenómeno, compliquen establecer posturas acertadas, puntuales y objetivas.

El ambiente social contemporáneo está plagado de malestares en torno hacia la concepción generalizada que se tiene de la droga. Esta percepción negativa se popularizó, aún más[1], por una política de seguridad nacional denominada como "guerra contra el narcotráfico".[2] Desde

[1] "Desde hace setenta años el afán prohibicionista ha ampliado su influencia en la sociedad mexicana logrando un conceso generalizado. Aunque el asunto se haya ventilado poco, puede afirmarse que la intolerancia rige lo que podríamos llamar "la representación social mexicana" –la opinión pública– y dichas sustancias. Esto se debe fundamentalmente a las implicaciones políticas y de corrupción que el fenómeno del narcotráfico ha demostrado tener en los últimos años, pero también al tipo de legislación que el gobierno mexicano estableció para combatir el llamado "vicio de las toxicomanías"" (Pérez, 1997: 147).

[2] Durante el periodo presidencial de Felipe Calderón Hinojosa, los cárteles se confrontaron a un más con el gobierno federal, para controlar el territorio nacional. La medida de Calderón Hinojosa fue involucrar a la Policía Federal, al Ejército y a la Marina, en una lucha denominada como "guerra contra el narcotráfico". Para ello, el presidente Felipe Calderón incrementó el presupuesto en todos los rubros de seguridad nacional. El sexenio de Enrique Peña Nieto ha superado las cifras de inseguridad, violencia y corrupción que se vivieron con Felipe Calderón. Esta "guerra" del Estado contra el crimen organizado, es uno de los períodos más

entonces, la palabra *droga* se ha cubierto de connotaciones ajenas a su significado, de tal suerte, que su simple mención, provoca una irritación social, como si se tratara de una enfermedad que debemos combatir para erradicarla.

> La llamada *guerra contra las drogas* que ha enmarcado al país durante las últimas décadas, además de ser controvertida por las violaciones a los derechos humanos que ha implicado y la violencia e inseguridad que ha provocado, tendió a marginar a las personas usuarias al reforzar una visión ampliamente estigmatizada de ellas y alimentar situaciones de discriminación e incluso de criminalización. En México, toda persona que posee una cantidad superior a los umbrales muy restrictivos establecidos en la Ley General de Salud es considerada narcomenudista. La política de control de drogas domina el escenario político en detrimento de las acciones de prevención y atención especializada, lo que se refleja a nivel presupuestal. Muestra de ello es el desequilibrio de 24 a uno en la inversión de recursos públicos federales destinados a la política de drogas y combate al narcotráfico en comparación con lo que reciben las políticas públicas de prevención y reducción de riesgos y daños (CDHDF, 2014: 13).

Este contexto en nada coadyuva al estudio objetivo que requiere dicho fenómeno. Con la finalidad de esclarecer esta situación, se explican en el presente apartado las definiciones básicas referentes a la temática, como son los conceptos de droga, alcohol, alcoholismo y otras nociones afines como son adicción (consumo experimental, moderado, excesivo, inveterado, perjudicial, de riesgo, problemático, social, etcétera) dependencia y tolerancia.

DROGA.

Existe una infinidad de definiciones sociales para las sustancias psicoactivas, conocidas popularmente como drogas. Para este estudio, utilizaremos el Glosario de Términos de Alcohol y Drogas que la Organización Mundial de la Salud publicó en 1994.

- Droga. Término de uso variado. En medicina se refiere a toda sustancia con potencial para prevenir o curar una enfermedad o aumentar la salud física o mental y en farmacología como toda sustancia química que modifica los procesos fisiológicos y bioquímicos de los tejidos o los organismos. De ahí que una droga sea una sustancia que está o pueda estar incluida en la

---

oscuros de la historia reciente en México. En 12 años, hay más de 200 mil muertos y más de 50 mil desaparecidos. En dos periodos presidenciales la inseguridad, violencia y corrupción se exacerbó y las organizaciones criminales incrementaron su presencia en la nación.

farmacopea.[3] En el lenguaje coloquial, el término suele referirse concretamente a las sustancias psicoactivas y, a menudo, de forma aún más concreta, a las drogas ilegales. Las teorías profesionales (por ejemplo, "alcohol y otras drogas") intentan normalmente demostrar que la cafeína, el tabaco, el alcohol y otras sustancias utilizadas a menudo con fines no médicos son también drogas en el sentido de que se toman, al menos en parte, por sus efectos psicoactivos.

- Droga de diseño. Sustancia química nueva con propiedades psicoactivas, sintetizada expresamente para su venta ilegal y burlar las leyes sobre sustancias controladas. Como respuesta, estas leyes suelen incluir ahora sustancias nuevas y posibles análogos de sustancias psicoactivas existentes. El término se acuñó en la década de los ochenta.
- Droga de inicio. Droga legal o ilegal que abre el camino al consumo de otra droga, considerada normalmente más problemática.
- Droga ilegal. Sustancia psicoactiva cuya producción, venta o consumo están prohibidos. En sentido estricto, la droga en sí no es ilegal, lo son su producción, su venta o su consumo en determinadas circunstancias en una determinada jurisdicción (véase sustancias controladas). El término más exacto "mercado de drogas ilegales" hace referencia a la producción, distribución y venta de cualquier droga o medicamento fuera de los canales legalmente permitidos.
- Droga legal. Droga que está legalmente disponible mediante prescripción médica o en algunas ocasiones también sin ella, en una determinada jurisdicción.

En cambio, la palabra droga para la Real Academia Española (2011) en su Diccionario de la lengua española, tiene los siguientes significados:

[3] "El término "farmacopea" parece tener su origen en Grecia en el siglo II o III A.C. y deriva de φαρμακον que significa hechizo, veneno o droga y πουεῖν que significa hacer. Nace de la necesidad de disponer de un texto que estableciera normas y materiales de referencia para satisfacer los requerimientos de calidad, seguridad y eficacia de los productos farmacéuticos. En el transcurso de más de 500 años desde la aparición de las primeras farmacopeas, se generó trabajo en conjunto entre médicos y farmacéuticos, con predominio posterior del farmacéutico, armonización de los contenidos entre los diferentes textos, tanto nacionales como regionales para cubrir el mercado global. También se ha efectuado una actualización continua y modernización de los contenidos, transitando desde lo natural a lo químico y en la actualidad a lo químico-natural-biológico, en conjunto hoy en día con la incorporación de nuevas y sofisticadas metodologías que generan monografías, más modernas y completas" (Gómez et al., 2016: 283). En el contexto nacional, con base en el Reglamento de Insumos para la Salud en su título primero, artículo segundo, fracción IX, se menciona que la Farmacopea Homeopática de los Estados Unidos Mexicanos, es un "documento instituido por la Ley y expedido por la Secretaría de Salud, que comprende los nombres, procedimientos, métodos y especificaciones para la identificación, preparación o análisis de sustancias y productos homeopáticos".

1. f. Sustancia mineral, vegetal o animal, que se emplea en la medicina, en la industria o en las bellas artes.
2. f. Sustancia o preparado medicamentoso de efecto estimulante, deprimente, narcótico o alucinógeno.
3. f. medicamento.
4. f. Can., Am. Mer. y Méx. Deuda, a veces la que no se piensa pagar.
5. f. Col. Persona o cosa que desagrada o molesta.
6. f. Ur. Cosa aburrida, tediosa o de mala calidad.
7. f. desus. Embuste, ardid, engaño.

En el mismo Diccionario de la Lengua Española, se clasifica la droga en:

Droga blanda.
1. f. droga que no es adictiva o lo es en bajo grado, como las variedades del cáñamo índico.

Droga de diseño.
1. f. droga obtenida mediante ligeras modificaciones químicas a partir de otra para obtener especiales efectos psicotrópicos.

Droga dura.
1. f. droga que es fuertemente adictiva, como la heroína y la cocaína.

Como se puede apreciar, las definiciones de la Organización Mundial de la Salud (1994), como de la Real Academia Española (2011), retoman de manera general, el significado[4] griego de *phármakon* para definir el término droga. Recordemos que este vocablo griego representa a cualquier sustancia, brebaje, bálsamo, pomada, o hierba, que trastorna la naturaleza de un cuerpo. De igual forma, se refiere a un paliativo que sirve para atenuar un dolor, un sufrimiento, es la panacea de males, de hechizos, de enfermedades, aunque también suele ser una pérfida sustancia venenosa que llega a ocasionar la muerte. En ese sentido, tenemos dos acepciones en el que es utilizado el concepto droga. La primera, es la de su carácter negativo, donde la expresión misma ocasiona repulsión. Esta percepción negativa que se tiene de la droga se ha incrementado, desde finales del siglo XIX y principios del XX, con un discurso político moralista que criminalizó las sustancias psicoactivas, entre ellas al alcohol.[5] Desde

[4] Para Saussure (2007) el significado es la representación mental de un concepto.

[5] De manera legal y sin prejuicio alguno, la cafeína es la sustancia psicoactiva más consumida en el mundo. Como lo alude Pardo et al. (2007) "el café, el té, el chocolate y los refrescos de cola son las principales fuentes de cafeína, que es consumida en casi todas las edades y estratos socioeconómicos. La cafeína es un antagonista competitivo de los receptores adenosínicos del SNC. Sus principales efectos son psicoestimulantes, respiratorios, musculoesqueléticos y cardiovasculares. Básicamente, se metaboliza por el CYP1A2 por lo que interacciona con numerosos fármacos. Las variaciones interindividuales en su metabolismo explican las diferencias de sus efectos. Su principal uso terapéutico es como broncodilatador en patología respiratoria.

entonces, tal noción ha sido asociada con el vandalismo, el alcoholismo, la prostitución, la delincuencia, las clases bajas, etcétera.[6]

> Si la juzgamos en su conjunto, la percepción que las clases dirigentes porfirianas tenían de la sociedad capitalina parece una paradoja. Inicialmente, las élites pensaban que la Ciudad de México era la mejor vitrina del progreso, una prueba de que la civilización acompañaba a la modernización económica; creían que la mano fuerte de Porfirio Díaz era bien aconsejada por el conocimiento científico, y que la sociedad mexicana iba a crecer saludable en la nueva era de paz. Pero en la última parte del porfiriato surgieron y se multiplicaron miradas inquisitivas en torno a las facetas sombrías de la vida capitalina, en particular sobre las "patologías sociales" que asolaban a la ciudad. El alcoholismo y la criminalidad se convirtieron en el foco del discurso que contradecían la creencia optimista de progreso y moralidad (Piccato, 1997: 77).

Esta connotación negativa ha incidido de manera directa en la segunda acepción, la de carácter positivo, la cual está en desuso entre la sociedad contemporánea mexicana, primordialmente, porque las políticas de salud se han vuelto cada vez más prohibicionistas.[7]

> El paradigma prohibicionista ha incrementado de manera exponencial la militarización y la violencia asociada al narcotráfico. Al crearse un gran mercado ilegal controlado por organizaciones delictivas complejas y cada vez más poderosas, los conflictos violentos han recrudecido en toda la región, en especial en las zonas empobrecidas en donde, además, han profundizado el deterioro de las condiciones de vida y la estigmatización de sus habitantes. Las políticas represivas tienden a vulnerar de manera directa los derechos humanos de miles de personas, sobre todo de aquellas que son judicializadas y enviadas a las cárceles, espacios que suelen caracterizarse por el hacinamiento y las condiciones inhumanas de detención. Numerosos estudios han demostrado que estas políticas tienden a impactar de manera desproporcionada en ciertos grupos especialmente vulnerados, y por esa vía, reproducen la discriminación y la exclusión social. Lejos de dar una batalla eficaz contra las problemáticas asociadas a las drogas y el narcotráfico, el modelo prohibicionista ha ampliado las brechas sociales, las inequidades económicas, las diferencias

---

Además, se ha experimentado en otras patologías con resultados no concluyentes. El consumo agudo o crónico de cafeína puede dar lugar a una amplia variedad de efectos adversos, intoxicaciones e incluso la muerte. Finalmente, destacar que la cafeína puede considerarse una droga de abuso. Así, la cafeína posee propiedades reforzadoras positivas, produce tolerancia y al cesar su consumo aparece un síndrome de abstinencia específico. La cafeína puede dar lugar a diferentes trastornos por uso de sustancias. Entre ellas la dependencia, no reconocida en el DSM IV-R, el síndrome de abstinencia y la intoxicación. La cafeína puede considerarse un fármaco, un nutriente y una droga de abuso dependiendo de su uso" (225).

[6] "Al reestablecer claras fronteras entre la "gente decente" y los "degenerados", el discurso sobre alcoholismo y criminalidad permitió legitimar la represión policial, la segmentación del espacio urbano, el desprecio por la cultura popular y, lo más importante, la segregación de las clases –aunque fuera simbólica– en una sociedad que cambiaba demasiado rápido" (Piccato, 1997: 78).

[7] "Las drogas psicoactivas mexicanas… pasaron a ser productos importantes de comercio. Ante el auge de comercio europeo de las drogas, se modificó la connotación de estas plantas; por su sentido divino para los indígenas o satánico para el inquisidor, triunfó el ánimo del comerciante" (Pérez, 2016: 96).

> políticas y las asimetrías internacionales (Centro de Estudios Legales y Sociales, 2015: 6).

No obstante, la sociedad sigue recurriendo al consumo de drogas legales e ilegales, no sólo con fines lúdicos y recreativos, sino para tratar distintos padecimientos, porque muchos de los paliativos o remedios caseros que emplean drogas para su efectividad, no son percibidos socialmente como drogas, sino como un bien único, que debe ser adquirido por el usuario a cualquier precio para poder acceder a su capacidad curativa.

La noción sobre el cuidado de la salud en la sociedad contemporánea tiene su origen en la época precolombina, cuando los pueblos nahuas institucionalizaron los panamacani[8], quienes eran los expertos en la preparación de analgésicos y medicamentos. Sus saberes no se limitaron a la elaboración de simples ungüentos o pócimas, eran verdaderos conocedores de fórmulas complejas. De esto, da cuenta fray Bernardino de Sahagún en su obra *Historia general de las cosas de Nueva España*, conocida también como *Códice Florentino* (…) "en el mismo libro décimo, pero en el Capítulo XXIV denominado: "De los que venden gallinas, huevos, medicinas, etc." Sahagún se refiere a los Farmacéuticos o Boticarios como: "El que trata en cosas de medicina conoce las hierbas, raíces, árboles, piedras, y el incienso de la tierra y todas las cosas medicinales, que sean raíces, que sean hierbas, de las cuales se trata en el libro onceno, de cada género por sí; pónelas aparte en algún petate en el tiánguez, para vender" (Sánchez, 2012: 60).[9]

Con la llegada de los españoles en el siglo XVI, la noción de salud de las sociedades nahuas se vio deteriorada, porque los ibéricos no concibieron de manera positiva, que la población autóctona, sin prejuicio alguno, usara drogas para sanar sus enfermedades. Años más tarde, instituyeron la salud, no por un beneficio social, sino porque vieron en ella un negocio.

> En los primeros años de vida colonial no existieron reglamentos ni leyes que protegieran la salud pública. Si bien es cierto que se tiene noticia del establecimiento de las primeras "tiendas" de boticarios en 1533, no significa que la elaboración de medicinas y pócimas tuviera buena calidad y efectividad, ya que las personas dedicadas a estas actividades carecían de los conocimientos necesarios para cumplir dicha tarea. Sin embargo, esto

[8] En el Diccionario náhuatl-español, de Marc Thouvenot (2014) significa panamacani, "boticario o vendedor de medicinas".

[9] "Los informantes de Sahagún y el franciscano mismo mencionan a la Medicina y a la Farmacia como entidades diferentes y separadas. En la parte del Códice Florentino escrita en náhuatl, el médico es referido cono titícitl, tanto para el hombre como para la mujer; mientras que la voz panamacac, es usada para designar al equivalente de los boticarios españoles. En este punto es necesario precisar que panamacac es el plural y panamacani el singular" (Sánchez, 2012: 60).

> no se consideró obstáculo para expedir las primeras licencias, con el objetivo de establecer formalmente este comercio. De tal manera, la salud pública estuvo depositada en manos de médicos y boticarios, lo cual no impidió que se ejerciera empíricamente la medicina. Para solucionar el problema, en 1628 se estableció el Protomedicato, junta constituida en la Ciudad de México, regida por leyes aprobadas en el Consejo de Indias. El objetivo de esta institución fue cuidar el buen ejercicio y enseñanza de la medicina; vigilar la higiene, la salud pública, así como la preparación de remedios. El reglamento de las boticas y boticarios fue aplicado por el Protomedicato. Entre sus principales obligaciones se encontraba la de supervisar el cumplimiento de las normas profesionales de la actividad médica, tener vigente la licencia para ejercer esta profesión y disponer de los objetos de laboratorio como utensilios y vasijas en óptimas condiciones, para que aquellas sustancias y drogas no perdieran su efectividad. Sin embargo, el público vivió al arbitrio de los boticarios no sólo por la calidad de las drogas que expendían, sino también por su mala preparación, desconocimiento o equivocación que vulgarmente lo llamaban *quid pro quo*: una cosa por otra (Reyna, 1996: 55-57).

Desde entonces, el consumo de droga dejo de percibirse positivamente, oponiendo su significado con el de salud. Si bien, la salud es una noción positiva, fuente de riqueza, que acentúa el bienestar físico, mental y común.[10] Sabemos que una salud óptima es imposible sin el uso de drogas, ya que el ser humano, por sí sólo, no hubiera sobrevivido a tantas calamidades.

ALCOHOL.

Desde el origen de la humanidad, las bebidas alcohólicas han formado parte de la civilización. Aunque estas se relacionan con el placer y la socialización[11], la ingesta de grandes cantidades conlleva consecuencias en la salud sobre quienes lo consumen.

El alcohol ha estado y está presente en la vida social de los sujetos, tanto en los momentos excepcionales (el luto o la fiesta) como en los cotidianos (la charla y la comida).

Cada bebida alcohólica es resultado de muchos años de minuciosidad y paciencia, ya que después de distintos ensayos se pudo

[10] Para la Organización Mundial de la Salud "la salud es un estado de completo bienestar físico, mental y social, y no solamente la ausencia de afecciones o enfermedades". La cita procede del Preámbulo de la Constitución de la Organización Mundial de la Salud, que fue adoptada por la Conferencia Sanitaria Internacional, celebrada en Nueva York del 19 de junio al 22 de julio de 1946, firmada el 22 de julio de 1946 por los representantes de 61 Estados. Entró en vigor el 7 de abril de 1948. La definición no ha sido modificada desde 1948.

[11] Entendemos por socialización a "todas y cada una de las instancias a través de las cuales un sujeto humano se integra e incorpora las consignas y determinaciones de la estructura social en la que interactúa. Más precisamente: la socialización incluye todas las instancias a través de las cuales un sujeto humano se hace individuo. Ser individuo implica "individualizar" en una persona aquellas características generales que connotan una estructura social" (Kaminsky, 2001: 11).

descubrir las bondades que ofrecen plantas como el maíz, el maguey, la caña, la cebada y la uva. La reacción que provocan las bebidas alcohólicas en el estado de ánimo y en la percepción de quienes las ingieren llevó a las sociedades antiguas considerarlas como un fruto sagrado. Por ello, resultó fácil la devoción a deidades como Ninkasi[12], Dionisio[13] o Mayáhuel[14]. Esto nos permite comprender la importancia que tiene el consumo de alcohol en diversas ceremonias religiosas en la actualidad.

> En el México antiguo y hasta la actualidad, el consumo de bebidas alcohólicas fermentadas que se preparan al aprovechar el maguey o el maíz ha sido de gran importancia por su papel social y simbólico en fiestas y ceremonias. Su misma elaboración implica conocimientos y destrezas en el uso de esas plantas. Los néctares embriagantes han sido considerados dones de los dioses y atestiguan lo pródigo de la naturaleza (Fournier y Mondragón, 2012: 52).

Los efectos de las bebidas alcohólicas varían de acuerdo con la forma y las cantidades que se ingieren, las secuelas del exceso no son resentidas únicamente por el individuo, también por la familia y la sociedad. Entre este panorama desalentador, prevalece la cordura en la ingesta no sólo como un elixir deleitable sino provechoso, saludable.

Por su parte, la Organización Mundial de la Salud (1994) en su Glosario de Términos de Alcohol y Drogas, utiliza las definiciones siguientes para alcohol:

- Alcohol. En terminología química, los alcoholes constituyen un amplio grupo de compuestos orgánicos derivados de los hidrocarburos que contienen uno o varios grupos hidroxilo (-OH). El etanol (C2H5OH, alcohol etílico) es uno de los compuestos de este grupo y es el principal componente psicoactivo de las bebidas alcohólicas. Por extensión, el término "alcohol" se utiliza también para referirse a las bebidas alcohólicas. El etanol se obtiene a partir de la fermentación del azúcar por la levadura. En condiciones normales, las bebidas elaboradas por fermentación tienen una concentración de alcohol que no supera el 14%. En la producción de bebidas espirituosas obtenidas mediante destilación, el etanol se evapora por ebullición de la mezcla fermentada y se recoge luego

[12] Según Hornsey (2003) Ninkasi, diosa de la elaboración de cerveza o del alcohol, tiene un himno donde se alude cómo se produjo por primera vez la cerveza en Mesopotamia en el siglo XVIII a.C.

[13] "Dioniso (el Baco latino), hijo de Zeus y Sémele, hija, a su vez de la famosa pareja Cadmo y Harmonía, fue el protagonista de una compleja mitología y de una rica y variada iconografía que puede seguirse desde el siglo VII a.C. hasta nuestros días. En términos generales es conocido como el dios del vino y del delirio místico" (González, 2009: 57).

[14] Mayáhuel, es la diosa nahua del maguey, del pulque, de la embriaguez (Oliver, 2012).

en forma condensada casi pura. Además de usarse para el consumo humano, el etanol se utiliza como combustible, como disolvente y en la industria química (*véase* alcohol, no apto para el consumo). El alcohol absoluto (etanol anhidro) es el etanol que contiene una cantidad de agua inferior o igual al 1% en peso. En las estadísticas sobre la producción o el consumo de alcohol, el alcohol absoluto indica el contenido de alcohol (como etanol al 100%) de las bebidas alcohólicas. El metanol (CH3 OH), denominado también alcohol metílico y alcohol de madera, es el alcohol que tiene la fórmula química más sencilla. Se emplea como disolvente industrial y también como adulterante para desnaturalizar el etanol lo que hace que no sea apto para el consumo (bebidas alcohólicas metiladas). El metanol es sumamente tóxico; dependiendo de la cantidad consumida, puede producir visión borrosa, ceguera, coma y la muerte. Otros alcoholes no aptos para el consumo que se beben en ocasiones y que pueden tener efectos nocivos son el isopropanol (alcohol isopropílico, frecuente en el alcohol sanitario) y el etilenglicol (usado como anticongelante para automóviles). El alcohol es un sedante/hipnótico con efectos parecidos a los de los barbitúricos. Además de los efectos sociales de su consumo, la intoxicación alcohólica puede causar envenenamiento o incluso la muerte; el consumo intenso y prolongado origina en ocasiones dependencia o un gran número de trastornos mentales, físicos y orgánicos. En la CIE-10 los trastornos mentales y del comportamiento debidos al uso de alcohol se clasifican dentro de los trastornos por consumo de sustancias psicoactivas. *Véase también*: lesión cerebral inducida por el alcohol; síndrome amnésico; miocardiopatía; cirrosis; delirio; hígado graso; síndrome alcohólico fetal; gastritis; hepatitis; miopatía; neuropatía periférica; pelagra; pancreatitis; síndrome de pseudo-Cushing; escorbuto; síndrome por deficiencia de tiamina; encefalopatía de Wernicke.

- Alcohol absoluto. Se refiere al etanol que contiene una cantidad de agua inferior o igual al 1% en peso.
- Alcohol no apto para el consumo. Término general que designa a los productos que contienen etanol, pero que no están pensados para el consumo humano. Numerosos productos industriales y de consumo contienen etanol y se ingieren a veces en sustitución de las bebidas alcohólicas. Estos incluyen entre otros, colutorios, bebidas alcohólicas metiladas y alcohol sanitario (*véase* alcohol). Un término más general para denominar a los productos que se consumen en lugar de las bebidas alcohólicas es "sustitutos del

alcohol", que engloba además los productos que no contienen etanol, como el etilenglicol (anticongelante).

En cambio, la palabra alcohol para la Real Academia Española (2011) en su Diccionario de la lengua española, tiene los significados siguientes:

1. m. Química. Cada uno de los compuestos orgánicos que contienen el grupo hidroxilo unido a un radical alifático o a alguno de sus derivados.
2. m. por antonomasia. alcohol etílico.
3. m. Bebida que contiene alcohol, en oposición implícita a las que no lo contienen. El abuso del alcohol perjudica la salud.

En el mismo Diccionario de la Lengua Española, se clasifica el alcohol en:

Alcohol absoluto.
1. m. alcohol que tiene una pureza superior al 99 %.

Alcohol de madera.
1. m. alcohol que se obtiene por destilación de la madera, principalmente el metílico.

Alcohol de quemar.
1. m. alcohol etílico mezclado con otras sustancias para ser utilizado en la industria o como combustible.

Alcohol desnaturalizado.
1. m. Quím. alcohol de quemar.

Alcohol etílico.
1. m. Líquido incoloro, inflamable y soluble en agua, que se obtiene de la fermentación de productos naturales ricos en hidratos de carbono, es componente fundamental de las bebidas alcohólicas y tiene, además, múltiples aplicaciones en la industria. (Fórmula. CH3-CH2OH).

Alcohol metílico.
1. m. Quím. alcohol cuya molécula tiene un átomo de carbono. Es un líquido incoloro y tóxico, semejante en su olor y otras propiedades al etílico.

Alcohol neutro.

1. m. Quím. alcohol etílico de 96 a 97 grados, que se emplea en la crianza de vinos y en la fabricación de licores.

Alcohol vínico.

1. m. Quím. alcohol etílico producido por destilación del vino.

Alcohol yodado.

1. m. Solución de alcohol con un 10 % de yodo.

El alcohol es una sustancia psicoactiva como las demás drogas que alteran la percepción humana. Así como la droga está estigmatizada socialmente, también lo está el alcohol.[15] Esto se aprecia en las definiciones que acabamos de leer, donde se resalta su cualidad nociva más que benéfica. Un aspecto importante para ello es que la ingesta de bebidas embriagantes es un tópico que causa polémica entre quienes lo estudian, porque desde la década de 1980, las investigaciones sobre el consumo de alcohol han estado condicionadas por el campo médico, donde las encuestas nacionales juegan un papel preponderante para la percepción del fenómeno. Esta mirada clínica, sataniza con sus estadísticas la ingesta de bebidas embriagantes. Además, dicho enfoque es totalmente ajeno al campo social, donde no sólo se privilegia la información cuantitativa sino cualitativa, dando respuestas contundentes respecto a las particularidades en cómo, cuándo, quién y por qué se ingiere alcohol. La riqueza de la perspectiva social radica en que los estudios sobre alcohol, alcoholismo, alcoholización, rehabilitación y resocialización han sido abordados desde diferentes matices y perspectivas. Muestra de ello, son los estudios de Brandes, Piccato, Menéndez, Módena, Di Pardo, entre otros.

ALCOHOLISMO.

Los investigadores en el campo clínico del alcoholismo disponen de varios modelos y sistemas para establecer principios y conceptos básicos. Para el caso particular de la dependencia al alcohol etílico (en vez de alcoholismo)

[15] "Las personas usuarias de drogas se encuentran en una situación adversa, en particular por el estigma y los prejuicios que enfrentan vinculados a la percepción dominante en la sociedad que asocia las drogas con la enfermedad, la adicción y/o la delincuencia. Ese estigma se ha reproducido y reforzado en el contexto de las convenciones internacionales de fiscalización de drogas, las cuales han establecido un contexto punitivo hacia el uso de drogas cuando no es para fines médicos o científicos. Desde la Convención Única de 1961 sobre Estupefacientes (Convención Única) se encomienda a los Estados Partes adoptar disposiciones penales para perseguir y castigar toda actividad relacionada con las sustancias psicoactivas bajo fiscalización internacional, incluso con penas de prisión u otras medidas de privación de la libertad. Asimismo, la Convención de las Naciones Unidas contra el Tráfico Ilícito de Estupefacientes y Sustancias Sicotrópicas de 1988 (Convención de 1988) establece que la posesión, adquisición o cultivo para consumo personal deben ser objeto de la regulación penal y, por tanto, tipificados como delitos. Por otro lado, refuerza el marco de cooperación policial internacional contra toda actividad relacionada con estas sustancias, destacando su conexión estrecha con la delincuencia organizada" (CDHDF, 2014: 14).

y de su consumo excesivo, la Organización Panamericana de la Salud (2003) ha propuesto en la Clasificación Estadística Internacional de Enfermedades y Problemas Relacionados con la Salud, Décima Revisión (CIE-10), una serie de características para cada una de esas dos condiciones. Junto con el Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales, Cuarta Edición (Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders: DSM-IV) elaborado por la Asociación Americana de Psiquiatría (American Psychiatric Association) establecen las definiciones más usadas. La noción de dependencia al alcohol se caracteriza por ciertos signos y síntomas fácilmente observables, entre los que destacan la incapacidad para controlar la ingestión de alcohol, los síntomas de la abstinencia cuando se deja de beber y la tolerancia durante las primeras etapas. En pocas palabras, "la dependencia del alcohol es un conjunto de fenómenos conductuales, cognitivos y fisiológicos en los cuales el uso del alcohol se transforma en prioritario para el individuo, en contraposición con otras actividades y obligaciones que en algún momento tuvieron mayor valor para él" (Organización Panamericana de la Salud, 2008: 2).

Acerca de la dependencia al alcohol etílico, la American Psychiatric Association (1994) alude de manera puntual que:

> Physiologica dependence on alcohol is indicated by evidence of tolerance or symptoms of Withdrawal. Alcohol Withdrawal is characterized by the development of withdrawal symptoms 12 hours or so after the reduction of intake following prolonged, heavy, alcohol ingestion. Because Withdrawal from alcohol can be unpleasant and intense, individuals with Alcohol Dependence may continue to consume alcohol, despite adverse consequences, often to avoid or to relieve the symptoms of withdrawal. A substantial minority of individuals who have Alcohol Dependence never experience clinically relevant levels of Alcohol Withdrawal, and only about 5% of individuals with Alcohol Dependence ever experience severe complications of withdrawal (e.g., delirium, grand mal seizures). Once a pattern of compulsive use develops, individuals with Dependence may devote substantial periods of time to obtaining and consuming alcoholic beverages. These individuals often continue to use alcohol despite evidence of adverse psychological or physical consequences (e.g., depression, blackouts, liver disease, or other sequelae) (American Psychiatric Association, 1994: 195-196).

De igual forma, "abuso del alcohol"[16] y "consumo de riesgo, perjudicial y excesivo"[17] son categorías empleadas para la ingestión de alcohol etílico, la

[16] "Individuals with Alcohol Abuse may continue to consume alcohol despite the knowledge that continued consumption poses significant social or interpersonal problems for them (e.g., violent arguments with spouse while intoxicated, child abuse). When these problems are accompanied by evidence of tolerance, withdrawal, or compulsive behavior related to alcohol use, a diagnosis of Alcohol Dependence, rather tan Alcohol Abuse, should be considered" (American Psychiatric Association, 1994: 196).

primera por la American Psychiatric Association (1994) y la segunda por la Organización Panamericana de la Salud (2008). La característica principal es que el bebedor va haciendo su vida alrededor del alcohol, perdiendo progresivamente interés en sus otras actividades. Si esto último ocurre con claridad, junto con la pérdida de control de la ingestión de alcohol, entonces es posible considerar al individuo como un serio dependiente, aunque no sea muy evidente la sintomatología de la abstinencia. Cuando están presentes el consumo compulsivo (pérdida del control), la tolerancia progresiva y los síntomas de abstinencia, no cabe duda de que medicamente se está ante un síndrome de dependencia al alcohol. Este se refiere al "conjunto de fenómenos del comportamiento, cognitivos y fisiológicos, que se desarrollan luego del consumo repetido de la sustancia en cuestión, entre los cuales se cuentan característicamente los siguientes: un poderoso deseo de tomar la droga, un deterioro de la capacidad para autocontrolar el consumo de la misma, la persistencia del uso a pesar de consecuencias dañinas, una asignación de mayor prioridad a la utilización de la droga que a otras actividades y obligaciones, un aumento de la tolerancia a la droga y, a veces, un estado de abstinencia por dependencia física. Puede haber síndromes de dependencia de una sustancia específica psicoactiva (por ejemplo, tabaco, alcohol o diazepam), de una clase de sustancia (por ejemplo, drogas opioides), o de una variedad más amplia de sustancias psicoactivas farmacológicamente diferentes (alcoholismo crónico, dipsomanía, drogadicción)" (Organización Panamericana de la Salud, 2003: 305-306).

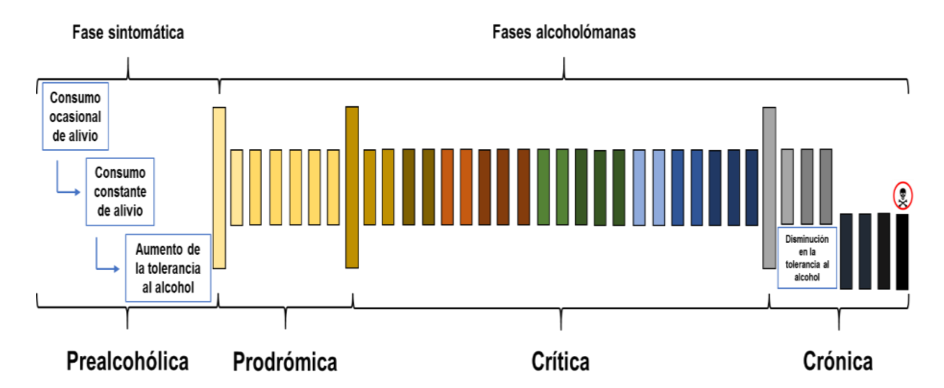
Cabe precisar que la Organización Panamericana de la Salud acepta el término "alcoholismo", de uso generalizado, para utilizarlo socialmente. El concepto alcoholismo fue acuñado por Magnus Huss en 1849. Este definió como alcoholismo al "conjunto de manifestaciones patológicas del sistema nervioso, en los ámbitos psíquico, sensitivo y motor, observadas en los sujetos que consumían bebidas alcohólicas en forma continua y excesiva durante largo tiempo" (Heckmann y Silveira, 2011: 67). Hasta la década de 1940 se hizo referencia a las consecuencias físicas del consumo masivo y prolongado. Esto incidió en que se forjara una noción más estricta del alcoholismo al considerarlo como una enfermedad que evoluciona progresivamente. Años más tarde, Elvin Morton Jellinek (2012) empleó el término para decir que el consumo de

[17] "*El consumo de riesgo* es un patrón de consumo de alcohol que aumenta el riesgo de consecuencias adversas para la salud si el hábito del consumo persiste. La Organización Mundial de la Salud (OMS) lo describe como el consumo regular de 20 a 40g diarios de alcohol en mujeres y de 40 a 60g diarios en varones. *El consumo perjudicial* se refiere a aquel que conlleva consecuencias tanto para la salud física como para la salud mental de la persona y está definido por la OMS como consumo regular promedio de más de 40g de alcohol al día en mujeres y de más de 60g al día en hombres. *El consumo excesivo episódico o circunstancial*, que puede resultar particularmente dañino para ciertos problemas de salud, implica el consumo, por parte de un adulto, de por lo menos 60g de alcohol en una sola ocasión" (Organización Panamericana de la Salud, 2008: 2).

alcohol provoca daños físicos, psicológicos, individuales y sociales. En 1952, esta percepción del alcoholismo como enfermedad permitió catalogar a Jellinek (2012) en cuatro fases al alcoholismo:

a) Fase prealcohólica. En esta fase la ingesta de alcohol está asociada con el estado de alivios emocionales, es decir, el bebedor tiene la sensación de que las bebidas embriagantes le proporcionan un estado de bienestar.
b) Fase prodrómica. Esta etapa, se caracteriza por un incremento en la ingesta de alcohol y trasformaciones en las pautas de consumo, ya sea el consumo a escondidas, el incremento en la graduación, etcétera. Además, aparece la amnesia alcohólica y tiene sentimientos de culpa.
c) Fase crítica. Esta fase se caracteriza por la incapacidad de interrupción una vez iniciada la ingesta de alcohol. Comienza a beber en ayunas, justifica con razonamientos su dependencia, padece conductas agresivas, desatiende aspectos personales, familiares y sociales, como son la higiene, la alimentación, el trabajo, etcétera.
d) Fase crónica. Constituye la etapa final, donde el bebedor entra en un proceso crónico de decadencia personal, familiar y social, porque se mantiene ebrio casi siempre (Ver Lámina 1).

Lámina 1. Fases de la enfermedad del alcoholismo



Fuente: Elaboración propia, con información de Jellinek, 2012.

De esta tipología Jellinek (2012) propuso cinco tipos de bebedores:

1. Bebedor Alfa. Es aquella persona que ingiere alcohol para atenuar un malestar psicológico o físico. Es un consumidor que puede

abstenerse durante un tiempo, su dependencia etílica no es fisiológica sino psicológica.
2. Bebedor Beta. Es aquel individuo que ingiere alcohol ocasionalmente, conocido como bebedor social. A veces bebe en exceso, pero mantiene el control de la situación.
3. Bebedor Gamma. Es aquel sujeto que consume alcohol de manera cotidiana, son los clásicos bebedores. Existe la dependencia etílica con repercusiones individuales, familiares y sociales. Es el alcohólico que pierde el control fácilmente. Suele venir acompañado de problemas psicológicos subyacentes. Su dependencia es progresivamente vertiginosa.
4. Bebedor Delta. Este es conocido como bebedor social excesivo. Depende completamente del alcohol, con muy pocos lapsos de abstinencia. Requiere ingerir bebidas embriagantes con frecuencia, bebe de forma consuetudinaria, casi nunca pierde el control (no se embriaga). Los bebedores Gamma y Delta son más proclives a emborracharse.
5. Bebedor Épsilon. Es aquella persona que padece dipsomanía (beber sin control), es un bebedor periódico y compulsivo, que padece trastornos en la conducta. Ingiere bebidas embriagantes en exceso durante periodos largos, los cuales son intercalados por episodios de abstinencia.

El que Jellinek (2012) basara su estudio en dos mil casos clínicos de varones miembros de Alcohólicos Anónimos, limita su objetividad. Lamentablemente estos parámetros que observan el alcoholismo como enfermedad y que etiquetan a los consumidores de alcohol, han sido y son pilares de diversas investigaciones médicas y sociales en el siglo XX y XXI.[18]

En relación con el alcoholismo, la Asociación Americana de Psicología responde a la pregunta ¿Cómo puede ayudar un psicólogo?:

> Los psicólogos que están capacitados y experimentados para tratar los problemas con el alcohol pueden ayudar de muchas maneras. Antes de que el bebedor busque ayuda, un psicólogo puede guiar a la familia u otras personas a ayudar a que la motivación para cambiar aumente en el bebedor. Un psicólogo puede comenzar con el bebedor evaluando los tipos y grados de problemas que experimenta. Los resultados de la evaluación pueden ofrecer una guía inicial al bebedor sobre qué tratamiento debe buscar y ayudar a motivarlo para que se

[18] La Encuesta Nacional de Adicciones –elaborada por la Secretaría de Salud–, en sus diferentes versiones, utiliza estos parámetros para clasificar a los usuarios de sustancias psicoactivas. De igual forma, lo hace Alcohólicos Anónimos, Centros Nueva Vida, Centros de Integración Juvenil, Seguro Popular, IMSS, ISSSTE, la Asociación Americana de Psicología, entre otras instituciones.

> someta al tratamiento. Las personas que tienen problemas con el consumo de alcohol mejoran indudablemente sus posibilidades de recuperación al buscar ayuda temprano. Al recurrir a uno o más tipos de terapias psicológicas, los psicólogos pueden ayudar a las personas a abordar los problemas psicológicos subyacentes a sus problemas con el alcohol. Varias de estas terapias, incluyendo la terapia cognitiva conductual que facilita el desarrollo de habilidades para sobrellevar situaciones difíciles y la terapia de estimulación motivacional (MET por sus siglas en inglés), fueron desarrolladas por psicólogos. Las terapias adicionales incluyen terapias de facilitación en 12 pasos que asisten a quienes tienen problemas con el consumo de alcohol a usar programas de autoayuda como Alcohólicos Anónimos (AA). Las tres terapias, terapia cognitiva conductual para sobrellevar situaciones difíciles, terapia de estimulación motivacional y terapia de facilitación en 12 pasos, demostraron su eficacia a través de ensayos de tratamiento a gran escala bien diseñados. Estas terapias pueden ayudar a las personas a estimular su motivación para dejar de tomar, identificar las circunstancias que desencadenan el consumo de bebidas alcohólicas, aprender nuevos métodos para sobrellevar situaciones de alto riesgo que propician la bebida y desarrollar sistemas de apoyo social dentro de sus comunidades (Asociación Americana de Psicología, 2018).

En respuesta al uso impreciso del término alcoholismo y a su categorización, la Organización Mundial de la Salud, propuso en 1977, utilizar la expresión *síndrome de dependencia al alcohol* en nosología.[19] Por analogía con la dependencia a las drogas, el término dependencia al alcohol ha tenido una buena aceptación entre las nosologías actuales, pero tal locución no está completamente socializada, porque se sigue utilizando de forma cotidiana la palabra alcoholismo.

> Síndrome de dependencia. Conjunto de fenómenos del comportamiento, cognitivos y fisiológicos, que se desarrollan luego del consumo repetido de la sustancia en cuestión, entre los cuales se cuentan característicamente los siguientes: un poderoso deseo de tomar la droga, un deterioro de la capacidad para autocontrolar el consumo de la misma, la persistencia del uso a pesar de consecuencias dañinas, una asignación de mayor prioridad a la utilización de la droga que a otras actividades y obligaciones, un aumento de la tolerancia a la droga y, a veces, un estado de abstinencia por dependencia física. Puede haber síndromes de dependencia de una sustancia específica psicoactiva (por ejemplo, tabaco, alcohol o diazepam), de una clase de sustancia (por ejemplo, drogas opioides), o de una variedad más amplia de sustancias psicoactivas farmacológicamente diferentes (Organización Mundial de la Salud, 2003: 305-306).

[19] La Real Academia Española (2011) entiende a la nosología como "parte de la medicina que tiene por objeto describir, diferenciar y clasificar las enfermedades".

En los términos más simples, el síndrome de dependencia al alcohol (alcoholismo) es un estado patológico anatómico, fisiológico y psicológico, el cual hace referencia "al consumo crónico y continuado o al consumo periódico de alcohol que se caracteriza por un deterioro del control sobre la bebida, episodios frecuentes de intoxicación y obsesión por el alcohol y su consumo a pesar de sus consecuencias adversas" (Organización Mundial de la Salud, 2008: 15-16).

De acuerdo con esta definición la Organización Panamericana de la Salud (2003) determina que una persona se considera socialmente alcohólica cuando la ingestión diaria de alcohol es superior a 50 gramos en la mujer y a 70 gramos en el hombre (una copa de licor o un combinado tienen aproximadamente 40 gramos de alcohol, un cuarto de litro de vino, 30 gramos, y un cuarto de litro de cerveza, 15 gramos), es otras palabras, cuando un individuo consume más de tres copas diarias padece síndrome de dependencia al alcohol (Ver Tabla 1).

Alcohol en la sangre (mg/100ml)	Tabla 1 Efectos Sobre un Bebedor Moderado de Tolerancia Normal
20	**Se siente bien. Mínimo o nulo efecto sobre su desempeño.**
40	**Capaz de 'dejarse ir' socialmente, se siente 'a tope'. Ligeramente peligroso si conduce a gran velocidad.**
60	**El juicio queda disminuido. Incapaz de adoptar decisiones importantes. La conducción se hace temeraria.**
80	**Pérdida definitiva de la coordinación. Conducción peligrosa a cualquier velocidad.**
100	**Tendencia a perder el control sexual si no está demasiado adormilado. Torpeza de movimientos.**
160	**Obviamente embriagado. Posiblemente agresivo. Incontrolado. Puede sufrir de pérdida posterior de memoria de los acontecimientos.**
300	**A menudo, incontinencia espontánea. Mínima capacidad de excitación sexual. Puede caer en coma.**
500	**Susceptible de morir si no recibe atención médica.**

Fuente: Elaboración propia, con información de la Organización Panamericana la Salud, 2003.

Los signos de dependencia caracterizados por la presencia de síntomas cognitivos, conductuales y fisiológicos, es un concepto que debe ser bien comprendido por el personal de salud. En cambio, la definición de alcoholismo más sencilla, pero útil y manejable que expresamos en párrafos anteriores, puede usarse ventajosamente con el personal del sistema educativo y la sociedad en general. La expresión "problemas relacionados con la ingestión de alcohol" es de uso socializado. No debe entenderse como una categoría específica de diagnóstico; se refiere a un amplio rango de consecuencias en el consumo diario de alcohol, que incluye dificultades familiares, problemas legales y laborales, accidentes,

trastornos de la salud, etcétera. No obstante, es importante tener en cuenta que estos problemas no necesariamente implican que se beba en exceso. Tampoco se trata de consecuencias inevitables, de hecho, se puede hacer una valoración de las probabilidades que produzcan efectos adversos a medida que aumenta la ingesta de alcohol.

Como es fácil de sugerir, el concepto de "alcoholismo" va más allá de la connotación que aquí le hemos dado, siendo que no sólo el alcoholismo debe ser definido y atendido desde el campo médico sino también desde las ciencias sociales, como son la sociología y antropología, porque de hecho, uno de los programas de rehabilitación a nivel mundial, por no decir el más exitoso, pero sí uno de los más conocidos, es el de Alcohólicos Anónimos, el cual está basado en un método religioso, donde el campo de la medicina no tiene ninguna incidencia.[20]

En este sentido, entonces es posible definir desde una perspectiva social a la particularidad de la ingestión de alcohol, como el conjunto de procesos de apropiación y usos del alcohol, en los que el valor simbólico prevalece sobre el valor de apropiación y de uso, o donde al menos estos últimos se configuran subordinados a la dimensión simbólica, es decir, que los procesos de consumo de alcohol no son homogéneos, porque las diferencias sociales se manifiestan y se reproducen en las distinciones simbólicas que separan a los consumidores de alcohol; a quienes asisten a conciertos de rock y a quienes optan mejor por ir a una reunión con sus amigos; a quienes consumen alcohol por una cuestión médico-religiosa y a quienes lo consumen por una práctica cotidiana o tal vez por moda (Gutiérrez, 2014). Esta definición permite incluir en el ámbito peculiar de la ingesta de alcohol no solamente a un tipo de persona, sino de diferentes estratos, edades y culturas.

ADICCIÓN, DEPENDENCIA Y TOLERANCIA.

Si en las definiciones de droga, alcohol y alcoholismo existe confusión terminológica, esta aumenta en relación con el consumidor de las sustancias. En el discurso clínico y social, al usuario de drogas se le asigna una variedad de etiquetas, que no sólo han creado al "adicto", al "toxicómano", al "farmacodependiente", al "drogodependiente", entre otros, como individuos que padecen una patología específica, también distingue conceptualmente a quienes consumen una u otra droga, con qué frecuencia lo hacen, la adscripción social a la que pertenecen (sexo, edad, indígena, etcétera), entre otras catalogaciones.

[20] Para más detalle consúltese a Gutiérrez (2014) Purificando almas: Alcohólicos Anónimos en Bacalar, Carlos A. Madrazo y Ramonal, Quintana Roo, Colección Ciencia Nueva, Universidad Nacional Autónoma de México, México.

Desde la perspectiva médica, la adicción a las drogas, incluyendo al alcohol, es el "consumo repetido de una o varias sustancias psicoactivas, hasta el punto de que el consumidor (denominado adicto) se intoxica periódicamente o de forma continua, muestra un deseo compulsivo de consumir la sustancia (o las sustancias) preferida, tiene una enorme dificultad para interrumpir voluntariamente o modificar el consumo de la sustancia y se muestra decidido a obtener sustancias psicoactivas por cualquier medio" (Organización Mundial de la Salud, 2008: 13).

En ese sentido, la O.M.S. (2008) menciona que, de manera común, hay una tolerancia y un síndrome de abstinencia que ocurre cuando se interrumpe la ingesta de alcohol. "La vida del adicto [alcohólico] está dominada por el consumo de la sustancia, hasta llegar a excluir prácticamente todas las demás actividades y responsabilidades. El término adicción conlleva también el sentido de que el consumo de la sustancia tiene un efecto perjudicial para la sociedad y para la persona; referido al consumo de alcohol, es equivalente a alcoholismo" (13).

Grosso modo, "adicción" es un término anticuado, pero de uso cotidiano, porque para muchos expertos la adicción era una enfermedad con entidad propia, un trastorno debilitante arraigado en los efectos farmacológicos de la sustancia, misma que evoluciona (noción progresista de la enfermedad). Entre las décadas de 1920 y 1960, se hicieron varios intentos para diferenciar entre "adicción" y "habituación", una forma menos rígida de adaptación psicológica. Pero fue hasta la década de 1960, cuando la Organización Mundial de la Salud recomendó que se dejaran de usar ambos términos por el de "dependencia", donde se incluyen varios grados de severidad. Desde entonces, "adicción" no figura entre los términos diagnósticos de la Clasificación Estadística Internacional de Enfermedades y Problemas Relacionados con la Salud (CIE-10), aunque sigue siendo un término ampliamente utilizado por el personal de salud como por la sociedad en general (Organización Panamericana de la Salud, 2003).

Por su parte, se entiende como dependencia al "estado de necesitar o depender de algo o de alguien, ya sea como apoyo, para funcionar o para sobrevivir. Aplicado al alcohol y otras drogas, el término implica una necesidad de consumir dosis repetidas de la droga para encontrarse bien o para no sentirse mal" (Organización Mundial de la Salud, 2008: 29).

La American Psychiatric Association (1994) en su Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales, Cuarta Edición

(DSM-IV), definió a la dependencia como un grupo de síntomas cognitivos, fisiológicos y del comportamiento que indican que una persona presenta un deterioro del control sobre el consumo de la sustancia psicoactiva y que sigue consumiéndola a pesar de las consecuencias adversas.[21] Equivale, más o menos, al concepto *síndrome de dependencia al alcohol etílico* recogido en la Clasificación Estadística Internacional de Enfermedades y Problemas Relacionados con la Salud (CIE-10). En el contexto de la CIE-10, la noción de dependencia puede referirse a cualquiera de los componentes del síndrome. Esta noción se emplea a menudo socialmente por el de adicción y alcoholismo.

De manera general, la noción de "dependencia" puede utilizarse en referencia a la diversidad de sustancias psicoactivas (farmacodependencia, drogodependencia, dependencia del consumo de sustancias) o bien, para señalar a una droga o a un tipo de drogas específicas. Aunque en la CIE-10 se describe la dependencia de forma en que puede aplicarse a las diferentes clases de drogas, existen diferencias en los síntomas de dependencia característicos de cada sustancia en particular.

Por lo tanto, la dependencia se refiere a los elementos físicos como a los psicológicos. La dependencia psicológica o psíquica se aplica al deterioro del control sobre la bebida o sobre el consumo de la sustancia, mientras que la dependencia fisiológica o física se refiere a la tolerancia y a los síntomas de abstinencia. En las discusiones del campo médico, el concepto dependencia suele utilizarse solamente en alusión a la dependencia física. Las expresiones dependencia o dependencia física se utilizan de igual forma en psicofarmacología en una connotación aún más estricta, para distinguir la aparición de síntomas de abstinencia al suspender el uso de una droga. En este sentido limitado, la dependencia cruzada[22] se considera complementaria de la tolerancia cruzada y ambas expresiones se refieren exclusivamente a los síntomas físicos (Organización Mundial de la Salud, 2008).

---

[21] "The essential feature of Substance Dependence is a cluster of cognitive, behavioral, and physiological symptoms indicating that the individual continues use of the substance despite significant substance-related problems. There is a pattern of repeated selfadministration that usually results in tolerance, withdrawal, and compulsive drug-taking behavior. A diagnosis of Substance Dependence can be applied to every class of substances except caffeine. The symptoms of Dependence are similar across the varios categories of substances, but for certain classes some symptoms are less salient, and in a few instances not all symptoms apply (e.g., withdrawal symptoms are not specified for Hallucinogen Dependence)" (American Psychiatric Association, 1994: 176).

[22] La dependencia cruzada es un concepto "farmacológico que se utiliza para indicar la capacidad de una sustancia (o grupo de sustancias) para suprimir las manifestaciones de la abstinencia de otra sustancia o de otro grupo, manteniendo así el estado de dependencia física" (Organización Mundial de la Salud, 2008: 30).

En cuanto al término tolerancia, la Organización Mundial de la Salud (2008) la define como la disminución de la respuesta a una dosis concreta de una droga o un medicamento que se produce con el uso continuo. Se necesitan dosis más altas de alcohol o de otras sustancias para conseguir los efectos que se obtenían al principio con dosis más bajas. Los factores fisiológicos y psicosociales pueden contribuir al desarrollo de tolerancia, que puede ser física, psicológica o conductual. Respecto a los factores fisiológicos, cabe mencionar que se puede desarrollar tolerancia metabólica como funcional. Al acrecentar el metabolismo de la droga, el organismo tendrá la capacidad de desecharla con mayor prontitud.

Sobre la noción de tolerancia la American Psychiatric Association (1994) señala que:

> Tolerance is the need for greatly increased amounts of the substance to achieve intoxication (or the desired effect) or a markedly diminished effect with continued use of the same amount of the substance. The degree to which tolerance develops varies greatly across substances. Individuals with heavy use of opioids and stimulants can develop substantial (e.g., tenfold) levels of tolerance, often to a dosaje that would be lethal to a nonuser. Alcohol tolerance can also be pronounced, but is usually much less extreme than for amphetamine. Many individuals who smoke cigarettes consume more than 20 cigarettes a day, an amount that would have produced symptoms of toxicity when they first started smoking. Individuals with heavy use of cannabis are generally not aware of having developed tolerance (although it has been demonstrated in animal studies and in some individuals). It is uncertain whether any tolerance develops to phencyclidine (PCP). Tolerance may be difficult to determine by history alone when the substance used is illegal and perhaps mixed with various diluents or with other substances (American Psychiatric Association, 1994: 176-178).

Por su parte, la Organización Mundial de la Salud (2008) divide a la tolerancia en conductual, funcional, inversa y aguda. La conductual es un cambio en el efecto de la sustancia producido como consecuencia del aprendizaje o la alteración de las restricciones del entorno. La funcional se define como una disminución de la sensibilidad del sistema nervioso central a la sustancia psicoactiva. Denominada también de sensibilización, la inversa es un estado en el cual la respuesta a la sustancia aumenta con el consumo repetido. Mientras que la aguda es la adaptación rápida y temporal al efecto de una sustancia tras la administración de una sola dosis. La tolerancia es uno de los criterios del síndrome de dependencia al alcohol.

Tabla 2. Diagnósticos asociados a la clase de sustancias													
	Dependencia	Abuso	Intoxicación	Abstinencia	Delirium por intoxicación	Delirium por abstinencia	Demencia	Trastornos amnésicos	Trastornos psicóticos	Trastorno de ánimo	Trastornos de ansiedad	Disfunciones sexuales	Trastornos del sueño
Alcohol	X	X	X	X	I	W	P	P	I/W	I/W	I/W	I	I/W
Anfetaminas	X	X	X	X	I				I	I/W	I	I	I/W
Cafeína			X								I		I
Cannabis	X	X	X		I				I		I		
Cocaína	X	X	X	X	I				I	I/W	I/W	I	I/W
Alucinógenos	X	X	X		I				I	I	I		
Inhalantes	X	X	X		I		P		I	I	I		
Nicotina	X			X									
Opioides	X	X	X	X	I				I	I		I	I/W
Fenciclidina	X	X	X		I				I	I	I		
Sedantes, hipnóticos o ansiolíticos	X	X	X	X	I	W	P	P	I/W	I/W	W	I	I/W
Diversas sustancias	X												
Otras	X	X	X	X	I	W	P	P	I/W	I/W	I/W	I	I/W

Fuente: American Psychiatric Association, 1994.

Nota. X, I, W, I/W o P indican que la categoría es reconocida en el DSM-IV. Además, I indica que puede señalarse el especificador con inicio durante la intoxicación (exceptuando el caso de delirium por intoxicación); W, indica que puede señalarse el especificador con inicio durante la abstinencia (exceptuando el delirium por abstinencia); I/W, indica que puede señalarse el especificador con inicio durante la intoxicación o con inicio durante la abstinencia, y P, indica que el trastorno es persistente.

Capítulo II

TAXONOMÍA DE LAS DROGAS

La droga del amor
tiene sobre las otras la ventaja
de que con ella es mágico enviciarse.

Mario Benedetti

CLASIFICACIÓN DE LAS SUSTANCIAS PSICOACTIVAS.

En el apartado anterior se analizó a profundidad el concepto de droga y se expuso de forma sucinta los problemas que ocasionan las imprecisiones terminológicas en cuanto a su uso generalizado. Entre las divergencias sobresale la confusión entre drogas depresoras, estimulantes y alucinógenas, licitas e ilícitas, naturales, semisintéticas y sintéticas, blandas y duras, institucionalizadas y no institucionalizadas.

De acuerdo con la Organización Panamericana de la Salud (2005) y al Centro Mexicano de Estudios en Farmacodependencia (1976) las sustancias o drogas psicoactivas se clasifican de varias formas (Ver Tabla 3).

Tabla 3
Tipología de las drogas

Criterio clasificatorio	Tipos
A. Por sus efectos psicopatológicos.	1. Depresoras 2. Estimulantes 3. Alucinógenas
B. Por su legalidad.	1. Licitas 2. Ilícitas
C. Por su origen.	1. Naturales 2. Semisintéticas 3. Sintéticas o de diseño
D. Por su capacidad de producir dependencia.	1. Blandas 2. Duras
E. Por su aceptación cultural.	1. Institucionalizadas 2. No institucionalizadas

Fuente: Elaboración propia, con información de la Organización Panamericana de la Salud (2005) y del Centro Mexicano de Estudios en Farmacodependencia (1976).

Por sustancia o droga psicoactiva, comprendemos en este estudio, a aquella "sustancia que, cuando se ingiere, afecta a los procesos mentales, por ejemplo, a la cognición o la afectividad. Este término y su equivalente, sustancia psicotrópica, son las expresiones más neutras y descriptivas para referirse a todo el grupo de sustancias, legales e ilegales, de interés para la política en materia de drogas. "Psicoactivo" no implica necesariamente que produzca dependencia sin embargo en el lenguaje corriente, esta característica está implícita, en las expresiones "consumo de drogas" o "abuso de sustancias"" (Organización Mundial de la Salud, 2008: 58).

A. Por sus efectos psicopatológicos.

Las sustancias psicoactivas, conocidas más comúnmente como drogas psicoactivas, son sustancias que al ser tomadas pueden modificar la conciencia, el estado de ánimo o los procesos de pensamiento de un sujeto. Entre los descubrimientos contemporáneos más relevantes en el campo médico sobresalen los avances en la neurociencia, ya que estos nos han permitido conocer mucho mejor los procesos físicos mediante los que actúan tales sustancias. De manera concreta, las drogas actúan en el cerebro mediante mecanismos que normalmente existen para regular las funciones de estados de ánimo, pensamientos y motivaciones. Por ello, la Organización Panamericana de la Salud (2005) pone énfasis en las psicopatologías que produce el alcohol, el cannabis, la nicotina, la cocaína, las anfetaminas, los barbitúricos, los alucinógenos, los opioides y los inhalantes psicoactivos.

1. Drogas depresoras (psicolépticas): retrasan la actividad nerviosa y disminuyen el ritmo de las funciones corporales; sus representantes más notorios son el alcohol, la heroína, las benzodiacepinas[1] y los disolventes volátiles.
2. Drogas estimulantes (psicoanalépticos): excitan la actividad nerviosa e incrementan el ritmo de las funciones corporales; sus representantes fundamentales son la cocaína, las anfetaminas, las drogas de síntesis y el tabaco.
3. Drogas alucinógenas (psicodislépticos): las cuales producen un estado de conciencia alterado, distorsionan las cualidades perceptivas de los objetos (intensidad, tono y forma), y evocan imágenes sensoriales sin entrada sensorial (alucinaciones); sus representantes más característicos son el ácido lisérgico (LSD), el

[1] "Las benzodiacepinas (BZD), constituyen un grupo farmacológico conocido y de amplia prescripción mundial, desde su aparición en la década de 1960 como sucesores de los barbitúricos. Se trata de un grupo de fármacos que comparte sus efectos farmacológicos ansiolíticos, hipnóticos, anticonvulsivantes, miorelajantes así como de inducir amnesia anterógrada" (Domínguez, et al., 2016: 15).

cannabis y las drogas de síntesis (Del Moral y Fernández, 2003: 18).

B. Por su legalidad.

El estatus legal o ilegal de una sustancia psicoactiva está regulado por las convenciones internacionales.[2] En estos acuerdos "la mayoría de los países se han comprometido a considerar como ilegal el comercio y uso no médico de los opiáceos, cannabis, alucinógenos, cocaína y muchos otros estimulantes, al igual que de los hipnóticos y sedantes. Además de esta lista, los países o jurisdicciones locales en muchas ocasiones añaden sus propias sustancias prohibidas, por ejemplo, bebidas alcohólicas y varios inhalantes. A pesar de tales prohibiciones, el uso ilícito de sustancias psicoactivas está muy difundido en numerosas sociedades, particularmente entre adultos jóvenes, casi siempre con el propósito de disfrutar o beneficiarse de las propiedades psicoactivas de la sustancia. El hecho de que sean ilegales puede añadirles también cierto atractivo, y con ello reforzar la identificación de los usuarios con una subcultura alienada" (Organización Panamericana de la Salud, 2005: 2).

1. Legales. Son aquellas sustancias cuya producción, distribución, comercio y consumo es permitido por la ley. En el caso de México, están reguladas por la Ley General de Salud, la Secretaría de Gobernación, la Secretaría de Salud y la Comisión Federal para la Protección contra Riesgos Sanitarios. En México, las sustancias psicoactivas legales que más se consumen con diversos usos y propósitos son el café, el alcohol y el tabaco.
2. Ilegales. Son aquellas sustancias cuya producción, distribución, comercio y consumo no está permitido por la ley. Por lo tanto, son objeto de una sanción penal en el derecho positivo mexicano. En el caso de México, están reguladas por la Ley General de Salud, la Secretaría de Gobernación, la Secretaría de Salud y la Comisión Federal para la Protección contra Riesgos Sanitarios. Entre las sustancias psicoactivas ilegales en México, destacan por su consumo la marihuana, la cocaína, la heroína, las anfetaminas y diversos barbitúricos.

C. Por su origen.

Desde el génesis de la vida, las plantas psicoactivas han existido. Sabemos que el uso de las sustancias de estas plantas ha incidido en la forma en que los seres humanos hemos construido el mundo civilizado que hoy

[2] Convenciones de control de drogas de las Naciones Unidas, Convención única sobre drogas narcóticas de 1961, Convención sobre sustancias psicotrópicas de 1971, Convención contra el tráfico ilícito de drogas narcóticas y sustancias psicotrópicas de 1988.

concebimos. Sobre esto, el connotado etnobotánico estadounidense Terence McKenna menciona que "la mutación producida por componentes psicoactivos en la dieta humana temprana influyó directamente en la rápida reorganización de las capacidades de procesamiento de la información del cerebro. Los alcaloides de las plantas, particularmente los compuestos alucinógenos como la psilocibina, dimetiltriptamina (DMT) y harmalina, pueden ser los factores químicos de la dieta protohumana que catalizaran la emergencia de la autoconciencia humana. La acción de los alucinógenos, presentes en muchas plantas comunes, mejoró nuestra facultad de procesar la información o sensibilidad ambiental, y por lo tanto contribuyó a la repentina expansión del tamaño del cerebro humano" (McKenna, 1993: 49).

1. Naturales. Son aquellas sustancias que pueden ser empleadas tal y como se encuentran en la naturaleza, o que son expuestas a un proceso de transformación simple. Por ejemplo, la hoja de la pastora[3], los hongos alucinógenos, la marihuana, el hikuli[4] o peyote.
2. Semisintéticas. Son aquellos productos farmacéuticos que proceden de ingredientes naturales que son expuestos a un proceso de transformación química, con la finalidad de aumentar los efectos de la sustancia. Por ejemplo, la morfina, derivada del opio, o la cocaína, derivada de la hoja coca.
3. Sintéticas o de diseño. Son aquellas drogas que se producen de forma artificial en laboratorios especializados con compuestos químicos. Sus efectos son muy parecidos a las sustancias naturales. Por ejemplo, los barbitúricos (como las benzodiacepinas) y las anfetaminas (como la Adzenys ER, Adzenys XR, Dyanavel XR, Evekeo).

[3] "Nombre que recibe la Salvia divinorum (Labiatae), empleada con fines adivinatorios en la región mazateca de Oaxaca. Debido a que es muy raro encontrarla creciendo en forma silvestre, los curanderos la siembran en las hondonadas de las montañas, pues constituye un sustituto de los hongos alucinógenos y de las semillas de la Virgen, cuando éstos escasean" (Diccionario Enciclopédico de la Medicina Tradicional Mexicana, 2009b).

[4] "Denominación otorgada al peyote (Lophophora williamsii), cactus con propiedades alucinógenas de gran importancia ritual, al que se le confiere la facultad de fungir como protector e intermediario entre el mara'akáme y los dioses. Dentro de la mitología huichola, hikuli es representado por un venado gigante, una divinidad, "el hermano mayor", quien aparece primeramente en su forma animal, convirtiéndose cada una de sus huellas en peyote; es a la vez un mensajero, pues cuando el mara'akáme canta y ora, aquél comunica sus deseos y súplicas a los dioses. El yanahikuli es el principal aliado del curandero, fundamental en su iniciación y proceso de formación; antagonista de kieri (Datura sp. o Solandra sp.), la planta que protege a los brujos, y con quien entabló en el tiempo mítico un duro combate del cual resultó vencedor. Debido a que el peyote no es originario de la región huichola, para colectarlo se efectúa un viaje anual a Wirikúta, lugar donde moran los ancestros divinos, zona desértica cercana a Real de Catorce, San Luis Potosí" (Diccionario Enciclopédico de la Medicina Tradicional Mexicana, 2009a).

D. Por su capacidad de producir dependencia.
Este parámetro de clasificación fue propuesto por la Organización Mundial de la Salud en 1975. Para diversos investigadores del campo clínico, este criterio es inapropiado, porque no se pueden predecir los efectos que provocan las sustancias a cada consumidor (Ver Tabla 2). Un aspecto importante que debemos reflexionar es que de acuerdo con la información referida en la Tabla 2, el alcohol, es la sustancia psicoactiva que más estragos ocasiona en las personas. De manera puntual, la Organización Mundial de la Salud en su *Informe Global sobre el Alcohol y la Salud* señala que "As shown by the most recent WHO data, globally, individuals above 15 years of age drink on average 6.2 litres of pure alcohol per year, which translates into 13.5 grams of pure alcohol per day. However, there is wide variation in total alcohol consumption across WHO regions and Member States. The highest consumption levels continue to be found in the developed world, in particular in the WHO European Region (EUR) and the WHO Region of the Americas (AMR). Intermediate levels of consumption are found in the WHO Western Pacific Region (WPR) and the WHO African Region (AFR), while the lowest consumption levels are found in the WHO South-East Asia Region (SEAR) and particularly in the WHO Eastern Mediterranean Region" (World Health Organization, 2014: 29).

1. Blandas. Son aquellas sustancias que tienen poca toxicidad. En algunos casos pueden causar dependencia psicológica y/o física. Por ejemplo, el café y la marihuana.
2. Duras. Son aquellas sustancias que tienen un mayor grado de toxicidad y son capaces de causar tolerancia, lo que lleva al sujeto a incrementar la dosis. Produce dependencia psicológica y/o física. Por ejemplo, el alcohol, los barbitúricos, las anfetaminas y los derivados químicos del opio.

E. Por su aceptación cultural.
Como se ha dicho, las sustancias psicoactivas han caminado de la mano con el desarrollo del ser humano, estas han sido y son dotadas de diversos significados médico-religiosos, de acuerdo con la concepción cultural de cada pueblo. Hoy en día, estas drogas han adquirido en las sociedades occidentales, una connotación recreativa y de esparcimiento. Con base en la Organización Panamericana de la Salud (2005) es posible identificar a las sustancias psicoactivas que son aceptadas o rechazadas en una determinada sociedad, dependiendo de su concepción religiosa, política, económica, histórica y cultural. Aunque el criterio está relacionado a la legalidad o ilegalidad de las drogas, no debe confundirse con este, porque

el criterio de juridicidad[5] es exclusivo de occidente, por lo tanto, no es aplicable a otras sociedades del mundo.

1. Institucionalizadas. Son aquellas sustancias que tienen una aprobación social o cultural, su producción, distribución, comercio y consumo están autorizados por ciertos grupos, por determinados pueblos y/o por el Estado. Por ejemplo, el peyote entre los huicholes, los hongos entre los mazatecos, el alcohol, el tabaco y el café entre la población general en México.
2. No institucionalizadas. Son aquellas sustancias que carecen de la aprobación social o cultural, su producción, distribución, comercio y consumo no son permitidos por ciertos grupos, por determinados pueblos y/o por el Estado. Por ejemplo, la ingesta de alcohol no es aceptada entre las iglesias protestantes en México[6]. Mientras que para el Estado son sustancias prohibidas, la cocaína, la heroína, la marihuana, entre otras drogas más.

PRINCIPALES FÁRMACOS.

Son innumerables los trabajos que versan sobre las sustancias psicoactivas, denominadas como drogas. Existen múltiples enciclopedias, diccionarios, tratados clínicos, químicos y farmacológicos. Predominan los documentos elaborados por instituciones públicas y privadas, primordialmente, las impresas por las dependencias oficiales del sector salud y por las empresas farmacéuticas. A ello, se añaden la infinidad de libros y artículos académicos electrónicos, como documentos de dudosa procedencia que están en Internet. La información disponible es parte de un cúmulo de enfoques que abordan los efectos fisiológicos y psíquicos, las características químicas y farmacológicas, los usos terapéuticos y toxicológicos, los patrones de consumo, el contexto social, histórico, económico, político, etcétera, de dichas sustancias.

Más allá de que esta inmensidad de información genere claridad, provoca confusión entre la mayoría de las personas, porque la información de las sustancias psicoactivas, en muchos casos, no concuerda con lo que dice un estudio y otro. Ejemplo de ello, es que el consumo de alcohol puede resultar completamente permisivo para un autor, mientras que para otro es totalmente prohibitivo. El meollo de la

[5] "Tendencia o criterio favorable al predominio de las soluciones de estricto derecho en los asuntos políticos y sociales" (Enciclopedia jurídica, 2014).

[6] Desde una visión cristiana el alcoholismo no es una enfermedad sino un pecado. De hecho, en la Santa Biblia se menciona lo siguiente: "ni los ladrones, ni los avaros, ni los borrachos, ni los maldicientes, ni los estafadores, heredarán el reino de Dios" (1ro. Corintios 6:10, citato en la Santa Biblia, 1995: 1563). "Envidias, homicidios, borracheras, orgías, y cosas semejantes a estas; acerca de las cuales os amonesto, como ya os lo he dicho antes, que los que practican tales cosas no heredarán el reino de Dios" (Gálatas 5:21, citado en la Santa Biblia, 1995: 1601).

situación radica en que cada estudio fue escrito desde una postura médica, sociológica, antropológica, etcétera, el cual va acompañado de una serie de consideraciones de orden moral, ético, político, sociocultural, que hacen que una misma droga tenga una connotación ambivalente.

Las discrepancias entre los discursos referentes a las sustancias psicoactivas son muy evidentes cuando estos se observan históricamente. No se requiere volver al siglo XVII, cuando la prohibición de algunas drogas no era la tendencia dominante, puesto que eran aceptadas legal y socioculturalmente por los pueblos y las autoridades, pero hoy son maldecidas, denigradas, repudiadas y designadas como nocivas para la salud.

Por ello, dar una caracterización objetiva de cada sustancia psicoactiva es compleja. Aclaro que en este inciso utilizaré las definiciones que la Organización Mundial de la Salud (2008) emplea en su *Glosario de términos de alcohol y drogas*. También preciso que la definición de "Alcohol" no aparece en esta lista, porque de él hablé en el capítulo anterior.

Cafeína.
Xantina que tiene propiedades estimulantes del sistema nervioso central leves, vasodilatadoras y diuréticas. La cafeína se encuentra en el café, el chocolate, la cola y otros refrescos y en el té, en algunos casos junto con otras xantinas, como la teofilina o la teobromina. El uso excesivo (un consumo diario de 500 mg o más), ya sea crónico o agudo y la toxicidad resultante recibe el nombre de cafeinismo. Los síntomas consisten en inquietud, insomnio, rubor facial, contracciones musculares, taquicardia, trastornos digestivos como el dolor abdominal, pensamiento y habla acelerados o inconexos, y a veces exacerbación de estados de ansiedad o angustia preexistentes, depresión o esquizofrenia. Los trastornos por el uso de sustancias recogidos en la CIE-10 (ICD-10) son el trastorno debido al uso de cafeína y la dependencia de la cafeína.

Tabaco.
Preparado de las hojas de *Nicotiana Tabacum*, una planta originaria de América de la familia de las solanáceas. Su principal ingrediente psicoactivo es la nicotina.

La nicotina es un alcaloide que constituye la principal sustancia psicoactiva presente en el tabaco. Tiene efectos estimulantes y relajantes. Produce un efecto de alerta en el electroencefalograma y, en algunas personas, eleva la capacidad de concentración. En otras, reduce la ansiedad y la irritabilidad. La nicotina se consume en forma de humo de

tabaco inhalado, "tabaco sin humo" (como el de mascar), rapé o chicles de nicotina. Cada calada de humo de tabaco contiene nicotina que se absorbe rápidamente a través de los pulmones y llega al cerebro en cuestión de segundos.

La nicotina desarrolla tolerancia y dependencia considerables. Debido a su rápido metabolismo, la concentración cerebral de nicotina disminuye con rapidez y el fumador siente ganas de encender otro cigarrillo de 30 a 40 minutos después de apagar el anterior.

Los consumidores de nicotina que han desarrollado dependencia física presentan un síndrome de abstinencia unas horas después de la última dosis que consiste en: ansia de fumar, irritabilidad, ansiedad, enfado, alteración de la concentración, aumento del apetito, reducción de la frecuencia cardíaca y, en ocasiones, cefaleas y trastornos del sueño. El ansia alcanza su grado máximo al cabo de 24 horas y disminuye después a lo largo de varias semanas, aunque los estímulos asociados a los hábitos previos de tabaquismo pueden provocarla nuevamente.

El tabaco contiene otros muchos ingredientes además de la nicotina. El consumo prolongado de tabaco puede causar cáncer de pulmón, de cabeza o de cuello, enfermedades cardíacas, bronquitis crónica, enfisema y otros trastornos físicos.

La dependencia de la nicotina se clasifica dentro de los trastornos debidos al consumo de tabaco, en los trastornos debidos al consumo de sustancias psicoactivas de la CIE-10 (ICD-10).

Cannabis.

Término genérico empleado para designar los diversos preparados psicoactivos de la planta de la marihuana (cáñamo), *Cannabis Sativa*. Estos preparados son: hojas de marihuana (en la jerga de la calle: hierba, maría, porro, canuto, etcétera), bhang, ganja o hachís (derivado de la resina de los ápices florales de la planta) y aceite de hachís.

En el Convenio Único de 1961 sobre Estupefacientes, el cannabis se define como "los brotes floridos o con fruto, del cannabis (excepto las semillas y las hojas no unidas a las sumidades) de las cuales no se ha extraído la resina", mientras que la resina de cannabis es "la resina separada, en bruto o purificada, obtenida de la planta del cannabis". Las definiciones se basan en los términos autóctonos tradicionales ganja (cannabis) y charas (resina). El otro término originario, bhang, hace referencia a las hojas. El aceite de cannabis (aceite de hachís, cannabis

líquido, hachís líquido) es un concentrado de cannabis que se obtiene por extracción, a menudo con un aceite vegetal.

El término marihuana es de origen mexicano. Utilizado en un principio para designar el tabaco barato (a veces mezclado con cannabis), se ha convertido en un vocablo general para referirse a las hojas del cannabis o al propio cannabis en muchos países. El hachís, que antiguamente era un término general para llamar al cannabis en la cuenca del Mediterráneo oriental, se aplica hoy a la resina del cannabis.

El cannabis contiene al menos 60 cannabinoides, algunos de los cuales tienen actividad biológica. El componente más activo es el Δ9-tetrahidrocannabinol (THC), que puede detectarse en la orina junto con sus metabolitos varias semanas después del consumo de cannabis (habitualmente fumado).

La intoxicación por cannabis produce una sensación de euforia, ligereza de las extremidades y, a menudo, retraimiento social. Altera la capacidad de conducción y la ejecución de otras actividades complejas y que exigen destreza; afecta a las siguientes esferas: memoria inmediata, capacidad de atención, tiempo de reacción, capacidad de aprendizaje, coordinación motriz, percepción de la profundidad, visión periférica, sentido del tiempo (es habitual que el sujeto tenga la sensación de que el tiempo se ralentiza) y detección de señales. Otros signos de intoxicación que pueden manifestarse son ansiedad excesiva, desconfianza o ideas paranoides en algunos casos y euforia o apatía en otros, alteración del juicio, hiperemia conjuntival, aumento del apetito, sequedad de boca y taquicardia. El cannabis se consume a veces con alcohol, una combinación que tiene efectos psicomotores aditivos.

Se han descrito casos de consumo de cannabis que han precipitado una recidiva de la esquizofrenia. Debido a intoxicación por cannabis, se han comunicado estados agudos de ansiedad y de angustia, así como estados delirantes agudos que suelen remitir en unos días. Los cannabinoides se emplean en ocasiones con fines terapéuticos para el glaucoma y para contrarrestar las náuseas en la quimioterapia oncológica.

Los trastornos por el consumo de cannabinoides se clasifican dentro de los trastornos por consumo de sustancias psicoactivas en la CIE-10 (ICD-10).

Cocaína.
Alcaloide que se obtiene de las hojas de la coca o que se sintetiza a partir de la ecgonina o sus derivados. El hidrocloruro de cocaína se utilizaba a menudo como anestésico local en odontología, oftalmología y cirugía otorrinolaringológica por su potente actividad vasoconstrictora, que ayuda a reducir la hemorragia local. La cocaína es un potente estimulante del sistema nervioso central que se emplea con fines no médicos para producir euforia o insomnio; el consumo repetido provoca dependencia. La cocaína, o "coca", suele venderse en copos blancos, translúcidos, cristalinos o en polvo ("polvo blanco", en inglés: "snuff" o "nieve"), a menudo adulterada con distintos azúcares o anestésicos locales. El polvo se aspira ("se esnifa") y produce efectos en 1-3 minutos, que duran aproximadamente media hora. La cocaína también puede ingerirse por vía oral, frecuentemente junto con alcohol, y los consumidores de opiáceos y cocaína tienden a inyectársela por vía intravenosa. Un procedimiento para aumentar la potencia de la cocaína es el "freebasing", que consiste en extraer la cocaína pura (la base libre) e inhalar los vapores emitidos al calentarla a través de un cigarrillo o una pipa de agua. Se mezcla una solución acuosa de la sal de cocaína con un álcali (como el bicarbonato) y después se extrae la base libre en un disolvente orgánico como éter o hexano. Este procedimiento es peligroso, ya que la mezcla es explosiva y muy inflamable. Una técnica más sencilla, que evita el empleo de disolventes orgánicos, consiste en calentar la sal de cocaína con bicarbonato; el producto obtenido se denomina "crack".

El "crack" o "rock" es el alcaloide de la cocaína (base libre), un compuesto amorfo que puede contener cristales de cloruro sódico. Es de color beige. El nombre de "crack" deriva del sonido que hace el compuesto al calentarse. Cuatro o seis segundos después de inhalar el crack, se produce un "subidón" intenso; se experimenta una sensación inmediata de euforia o la desaparición de la ansiedad, junto con sentimientos exagerados de confianza y autoestima. También se produce una alteración del juicio y, por tanto, el consumidor tiende a emprender actividades irresponsables, ilegales o peligrosas sin pensar en las consecuencias. El habla se acelera y a veces es incoherente y deslavazada. Los efectos placenteros duran sólo 5-7 minutos, tras los cuales el estado de ánimo desciende con rapidez hasta un estado de disforia, y el consumidor se siente obligado a repetir el proceso para recuperar la excitación y la euforia del "subidón". Parece que las sobredosis son más frecuentes con el crack que con las demás formas de cocaína.

La administración repetida de cocaína, conocida en inglés, como un "run" va seguida normalmente de un "bajón", cuando se interrumpe el

consumo. El "bajón" puede considerarse un síndrome de abstinencia durante el cual la euforia es reemplazada por aprensión, depresión profunda, somnolencia y apatía.

Tanto las personas que experimentan con la cocaína por primera vez como los consumidores crónicos pueden sufrir reacciones tóxicas agudas. Consisten en un delirio parecido al pánico, hiperpirexia, hipertensión (a veces con hemorragia subdural o subaracnoidea), arritmias cardíacas, infarto de miocardio, colapso cardiovascular, crisis convulsivas, estado epiléptico y la muerte. Otras secuelas neuropsiquiátricas son un síndrome psicótico con delirios paranoides, alucinaciones auditivas y visuales e ideas de referencia. La terminología utilizada para describir las alucinaciones o ilusiones paranoides que recuerdan al centelleo de la luz del sol sobre los cristales de nieve se denomina "luces de nieve". Se han descrito efectos teratógenos, incluso anomalías del tracto urinario y deformidades de las extremidades. Los trastornos por el consumo de cocaína se clasifican dentro de los trastornos por consumo de sustancias psicoactivas en la CIE-10 (ICD10).

Sustancias volátiles.

Sustancias que se transforman en vapor a temperatura ambiente. Las sustancias volátiles que se inhalan para obtener efectos psicoactivos (también llamadas inhalantes) son los disolventes orgánicos presentes en numerosos productos de uso doméstico e industrial (como pegamento, aerosoles, pinturas, disolventes industriales, quitaesmaltes, gasolina y líquidos de limpieza) y los nitritos alifáticos, como el nitrito de amilo. Algunas sustancias son directamente tóxicas para el hígado, el riñón o el corazón y algunas producen neuropatía periférica o degeneración cerebral progresiva. Los consumidores más frecuentes de estas sustancias son los adolescentes y los niños de la calle. Por lo general, el consumidor empapa un trapo con el inhalante y se lo coloca sobre la boca y la nariz o bien vierte el inhalante en una bolsa de plástico o de papel que después se coloca en la cara (lo que induce anoxia además de intoxicación). Los signos de intoxicación son agresividad, beligerancia, letargo, alteración psicomotriz, euforia, alteración del juicio, mareo, nistagmo, visión borrosa o diplopía, habla farfullante, temblor, marcha inestable, hiperreflexia, debilidad muscular, estupor o coma.

Anfetamina.

Tipo de amina simpaticomimética con una potente actividad estimulante sobre el sistema nervioso central. En este grupo se encuentran la anfetamina, la dexanfetamina y la metanfetamina. Entre las sustancias relacionadas desde el punto de vista farmacológico están el metilfenidato,

la fenmetrazina y la anfepranoma (dietilpropión). En el lenguaje de la calle, las anfetaminas se llaman a menudo "anfetas" o "speed".

Los signos y síntomas que indican una intoxicación por anfetaminas u otros simpaticomiméticos de acción parecida son: taquicardia, dilatación de las pupilas, aumento de la tensión arterial, hiperreflexia, sudor, escalofríos, anorexia, náuseas o vómitos, insomnio y alteraciones del comportamiento, tales como agresividad, delirios de grandeza, hipervigilancia, agitación y alteración del juicio. En casos raros, se produce delirio en las 24 horas siguientes al consumo. El uso crónico induce a menudo a cambios de la personalidad y del comportamiento como impulsividad, agresividad, irritabilidad, desconfianza y psicosis paranoide (véase psicosis por anfetaminas). Cuando dejan de tomarse anfetaminas después de un consumo prolongado o abusivo, se puede producir una reacción de abstinencia, que consiste en estado de ánimo deprimido, fatiga, hiperfagia, trastornos del sueño y aumento de la ensoñación.

Actualmente, la prescripción de anfetaminas y otras sustancias relacionadas se limita principalmente al tratamiento de la narcolepsia y el trastorno por déficit de atención con hiperactividad. Se desaconseja el empleo de estas sustancias como anorexígenos en el tratamiento de la obesidad.

Alucinógeno.
Sustancia química que induce alteraciones de la percepción, el pensamiento y sensaciones similares a las provocadas por las psicosis funcionales, pero que no producen una marcada alteración de la memoria y la orientación que son características de los síndromes orgánicos. Son ejemplos la lisergida (dietilamida del ácido lisérgico, LSD), la dimetiltriptamina (DMT), la psilocibina, la mescalina, la tenamfetamina (metilenedioxianfetamina, MDA), la metilenedioximetanfetamina (MDMA o éxtasis) y la fenciclidina (PCP).

La mayoría de los alucinógenos se consumen por vía oral, no obstante, la DMT se esnifa o se fuma. El consumo suele ser episódico; es sumamente raro el uso crónico y frecuente. Los efectos empiezan a notarse de 20 a 30 minutos después de la ingestión y consisten en dilatación de las pupilas, elevación de la presión arterial, taquicardia, temblor, hiperreflexia y fase psicodélica (euforia o cambios variados del estado de ánimo, ilusiones visuales y alteración de la percepción, indefinición de los límites entre lo propio y lo ajeno y, a menudo, una sensación de unidad con el cosmos). Son frecuentes las fluctuaciones

rápidas entre la euforia y la disforia. Al cabo de 4 ó 5 horas, esta fase deja paso a ideas de referencia, sensación de mayor consciencia del yo interior y sensación de control mágico.

Además de la alucinosis habitual, los alucinógenos tienen efectos adversos frecuentes que comprenden:

1. Mal viaje.
2. Trastorno de la percepción por alucinógenos o escenas retrospectivas ("flashbacks").
3. Trastorno delirante, que se produce normalmente después de un mal viaje; las alteraciones de la percepción remiten, pero la persona está convencida que las distorsiones que experimenta se corresponden con la realidad; el estado delirante puede durar sólo uno o dos días o bien persistir más tiempo.
4. Trastorno afectivo o del estado de ánimo, formado por ansiedad, depresión o manía, que aparecen poco después del consumo del alucinógeno y que duran más de 24 horas; generalmente, la persona siente que nunca va a recuperar la normalidad y expresa su preocupación por los daños cerebrales resultantes del consumo de la droga.

Los alucinógenos se han utilizado en psicoterapia como terapia de introspección, aunque este uso se ha limitado o incluso prohibido legalmente.

Opioide.

Término genérico que se aplica a los alcaloides de la adormidera del opio (Papaver somniferum), sus análogos sintéticos y los compuestos sintetizados en el organismo que interaccionan con los mismos receptores específicos del cerebro tienen la capacidad de aliviar el dolor y producen una sensación de bienestar (euforia). Los alcaloides opiáceos y sus análogos sintéticos también provocan estupor, coma y depresión respiratoria cuando se consumen en dosis altas.

Los alcaloides del opio y sus derivados semisintéticos son la morfina, la diacetilmorfina (diamorfina, heroína), la hidromorfina, la codeína y la oxicodona. Los opioides sintéticos son el levorfanol, el propoxifeno, el fentanilo, la metadona, la petidina (meperidina) y la pentazocina, un agonista-antagonista. Los compuestos endógenos con acciones opioideas son las endorfinas y las encefalinas.

Los opioides más utilizados (como morfina, heroína, hidromorfina, metadona y petidina) se unen preferentemente a los receptores μ; producen analgesia, cambios del estado de ánimo (como euforia, que puede transformarse en apatía o disforia), depresión respiratoria, somnolencia, retraso psicomotor, habla farfullante, alteración de la concentración o la memoria y alteración del juicio.

Con el tiempo, la morfina y sus análogos inducen tolerancia y cambios neuroadaptativos que son responsables de la hiperexcitabilidad de rebote que aparece cuando se retira la sustancia. El síndrome de abstinencia consiste en impulso irresistible ("craving") por consumir la sustancia, ansiedad, disforia, bostezos, sudoración, piloerección (piel de gallina), lagrimeo, rinorrea, insomnio, náuseas o vómitos, diarrea, calambres, dolores musculares y fiebre. Con las drogas o fármacos de acción breve, como la morfina o la heroína, los síntomas de abstinencia aparecen de 8 a 12 horas después de tomar la última dosis, alcanzan su nivel máximo en 48-72 horas y desaparecen al cabo de 7-10 días. Con las sustancias de acción más prolongada, como la metadona, los síntomas de abstinencia no aparecen hasta 1-3 días después de la última dosis; los síntomas alcanzan su nivel máximo entre el tercer y el octavo día y puede durar varias semanas, pero normalmente son más leves que los aparecidos tras la abstinencia de dosis equivalentes de morfina o heroína.

Tranquilizante.
Medicamento con efectos calmantes; término general que designa varios grupos de medicamentos empleados en el tratamiento sintomático de diversos trastornos mentales. El término puede usarse para diferenciar entre estos medicamentos y los sedantes/hipnóticos: los tranquilizantes tienen un efecto calmante o amortiguador sobre los procesos psicomotores sin afectar –excepto cuando se usan en dosis altas– a la conciencia ni al pensamiento.

El término tranquilizante se usa hoy en día para referirse sobre todo a los medicamentos utilizados para tratar los trastornos de ansiedad, como sinónimo de "tranquilizantes menores". Este último término se introdujo para distinguir a estos medicamentos de los "tranquilizantes mayores" (neurolépticos), empleados para el tratamiento de los trastornos psicóticos. No obstante, se ha dado por supuesto, incorrectamente, que el término "tranquilizantes menores" indica la ausencia de efectos nocivos importantes. Lo mejor es evitar el uso de este término, dado el potencial de dependencia de estos medicamentos.

Barbitúrico.
Medicamento que pertenece a un grupo de depresores del sistema nervioso central; atendiendo a su estructura química, es un derivado del ácido barbitúrico obtenido por sustitución; son ejemplos el amobarbital, el pentobarbital, el fenobarbital y el secobarbital. Los barbitúricos se utilizan como antiepilépticos, anestésicos, sedantes, hipnóticos y, con menor frecuencia, como ansiolíticos. Su consumo, ya sea agudo o crónico, induce efectos similares a los del alcohol. La relación entre la dosis terapéutica y la dosis tóxica de los barbitúricos es estrecha y la sobredosis suele ser mortal. Las benzodiazepinas, tienen un margen terapéutico mayor y son fármacos más seguros, por lo que han reemplazado a los barbitúricos como sedantes/hipnóticos o ansiolíticos. La tolerancia a los barbitúricos se desarrolla rápidamente y el potencial de consumo perjudicial o de dependencia es elevado. Los pacientes que utilizan estos medicamentos durante mucho tiempo pueden desarrollar dependencia psicológica y física, aun cuando nunca se excedan de la dosis que les ha sido prescrita. Los barbitúricos se asocian a todos los trastornos por consumo de sustancias recogidos en la categoría F13 de la CIE-10 (ICD-10). La sintomatología específica incluye:

- Intoxicación por barbitúricos: problemas de concentración, memoria y coordinación (habla farfullante, marcha inestable), labilidad emocional, locuacidad y pérdida de control sobre los impulsos sexuales o agresivos. En caso de sobredosis, la intoxicación puede ser mortal.
- Síndrome de abstinencia: la reducción brusca de la dosis o la interrupción total de los barbitúricos tras un consumo constante provoca todos estos síntomas: náuseas, vómitos, debilidad, hiperactividad del sistema nervioso simpático (sudores, pulso acelerado, aumento de la tensión arterial), insomnio, temblor grosero de las manos o la lengua. Un elevado porcentaje de consumidores crónicos de barbitúricos pueden presentar convulsiones tipo gran mal tras dejar de tomarlos bruscamente. Suele aparecer delirio en la semana siguiente a la interrupción o a la disminución significativa de la dosis.
- Demencia: denominada también trastorno psicótico residual inducido por los barbitúricos; alteración persistente de varias funciones corticales superiores, tales como la memoria, el pensamiento, la orientación, la comprensión, el cálculo, la capacidad de aprendizaje, el lenguaje y el juicio.

Capítulo III

PANORAMA SOCIAL DEL CONSUMO DE ALCOHOL

¿Por qué los medios de comunicación masiva
hablan tanto de la droga y tan poco de sus causas?
¿Por qué se condena al drogadicto y no al modo de vida
que multiplica la ansiedad, la angustia, la soledad y el miedo,
ni a la cultura de consumo que induce al consuelo químico?

Eduardo Galeano

EL CONSUMO DE DROGAS EN MÉXICO.

Los primeros organismos en la tierra fueron de tipo vegetal. Las plantas han sido la base para el desarrollo de los seres vivos entre ellos el ser humano. Estas tienen una relación con el sol, porque absorben sus rayos para sintetizar compuestos biológicos que son los elementos básicos de los organismos vegetales y animales. De esta forma, la energía solar fluye dentro de la tierra y es almacenada en la materia vegetal en forma de energía química, fuente de todos los procesos vitales. Así, las plantas no sólo proveen los alimentos para desarrollar nuestro cuerpo y las calorías para cubrir nuestras necesidades energéticas, sino también las vitaminas para regular el metabolismo y muchos principios activos empleados en los medicamentos. La íntima relación entre las plantas y los seres humanos se manifiesta de manera particular en que algunas plantas producen sustancias psicoactivas que influyen en la mente de las personas (Schultes y Hofmann, 2000).

Desde el origen del ser humano hasta nuestros días, las plantas psicoactivas han estado presentes en la cultura de diversas sociedades

alrededor del mundo. Muestra de ello, es "que los sistemas simbólicos de los pueblos cazadores de cualquier parte son esencialmente chamanísticos y comparten tantos rasgos básicos sobre el tiempo y el espacio que sugieren orígenes históricos y psicológicos comunes. En el centro de la religión chamanística se yergue la personalidad del chamán en su papel crucial como adivino, visionario, mago, poeta, cantante, artista, profeta de la cacería y el clima, preservador de las tradiciones y curandero de enfermedades corporales y espirituales. Con espíritus ayudantes o familiares, el chamán es preminentemente el guardián del equilibrio físico y psíquico del grupo, por el que intercede en las confrontaciones personales con las fuerzas sobrenaturales del supermundo y del submundo, pues él se ha instruido en esa geografía mística a través de su crisis de iniciación, entrenamiento y trance extático. A menudo, aunque no siempre y en todas partes, el sueño extático del chamán ha implicado el uso de alguna planta sagrada alucinógena, con la creencia de que contiene un sobrenatural poder transformador en y por encima de la fuerza vital o "sustancia del alma", que en los sistemas religiosos animista-chamanistas habita en todos los fenómenos naturales, incluyendo aquellos que nosotros clasificaríamos como "inanimados". No hay duda de que el chamanismo tiene una gran antigüedad: las evidencias arqueológicas sugieren, por ejemplo, que algo muy semejante a las religiones chamanistas de cazadores modernos ya se hallaba presente entre los neandertales de Europa y Asia hace más de 50 mil años" (Furst, 1994: 19-20).

En el caso de las sociedades amerindias, casi todas "practicaron alguna forma de enteogénesis, es decir, la búsqueda de Dios dentro de uno mismo mediante estados de trance provocados por sustancias alucinógenas. Esta búsqueda fue la tarea principal de los chamanes de las sociedades primitivas; a través del trance o del éxtasis se convertían en intermediarios entre el reino humano y el sobrenatural. El chamán era capaz de comunicarse con los muertos, los dioses y los espíritus de la naturaleza. Para facilitar este proceso de comunicación los chamanes utilizaron diversas sustancias psicotrópicas" (Aguilar, 2003: 27).

De manera particular, a estas plantas psicotrópicas[1] las sociedades mesoamericanas las han llamado plantas mágicas, plantas sagradas, plantas de los dioses, porque producen éxtasis y trastocan los sentidos, modificando la percepción de la realidad, de acuerdo con los valores

[1] "Las plantas psicotrópicas son las que guían el alma (del griego psykhe, "alma", y tropos, "guiar, dirigir"). Dado que todavía hoy el término coloquial de alma conserva su misteriosa raigambre y su definición depende de la cultura y conocimiento que cada individuo detenta, habremos de recurrir al mito, a la leyenda y a la frágil historia de los pueblos" (Lozoya, 2003: 58).

culturales que cada sociedad en particular les ha designado a través del tiempo (Lozoya, 2003).

Entre los pueblos autóctonos mesoamericanos "los estimulantes han tenido tradicionalmente un papel ritual en la configuración de los complejos chamanísticos y han propiciado el acceso de los especialistas religiosos a estados alterados de conciencia. Del mismo modo, el consumo de estimulantes permite a los integrantes de un sistema cultural un acceso a la divinidad, además de su uso cotidiano como un elemento para controlar la fatiga, el hambre o el sueño. Lo más interesante en el uso de los estimulantes es que las culturas indígenas, mediante complejos sistemas rituales, han desarrollado un conjunto de estrategias para controlar su uso excesivo, a la vez que los incorporaron como elementos dinámicos para la consecución de las actividades cotidianas. Este control social sobre los estimulantes hizo que éstos fueran un recurso estratégico en el desarrollo de las sociedades indígenas" (Masferrer, 2003: 51).

Por diversos motivos, el uso de drogas, en distintas épocas, "ha estado presente en la cultura de diversas sociedades en México, el cual se ha realizado bajo una constante reinterpretación de sus usos y propósitos, porque ha estado vinculado muy de cerca a la vida religiosa, económica, social y política de los pueblos indígenas que habitaron y habitan nuestro país" (Gutiérrez, 2017: 103).

Sin embargo, desde hace cuatro décadas, los informes oficiales muestran un significativo incremento en el consumo de drogas legales e ilegales en México.[2] De acuerdo con los especialistas, esta problemática, viene acompañada por los altos índices de violencia vinculada a la "guerra contra el narcotráfico".[3]

2 Para más detalle véanse los resultados proporcionados por la Secretaría de Salud a través de la Encuesta Nacional de Adicciones (1990, 1994, 1998, 2002, 2008, 2011), de la Encuesta Nacional de Consumo de Drogas en Estudiantes (2014), de la Encuesta Nacional de Consumo de Drogas, Alcohol y Tabaco (2016-2017).

3 "Las razones del incremento de la violencia en los años recientes en México deben rastrearse en la inestabilidad del mercado de drogas y el combate militar que asumió el gobierno de Felipe Calderón contra el crimen organizado desde fines de 2006 hasta la actualidad. Por décadas, la violencia relacionada con el tráfico de drogas se mantuvo en niveles controlados y los enfrentamientos entre traficantes y de éstos con las autoridades no fueron frecuentes ni generalizados" (Astorga, 2009; citado en Pereyra, 2012: 429-430). "La violencia criminal no es fruto de un instinto de agresión inevitable de los grupos de la droga, ni la violencia militar es la forma invariable que el Estado utilizó para imponerse a las redes de narcotráfico. La violencia se exacerba sólo bajo ciertas condiciones sociales y políticas, o bajo una configuración particular de las relaciones de poder, cuyo devenir y configuración actual deben ser cartografiados. En este trabajo sostenemos que el incremento de la violencia que padecen algunas regiones del país obedece a relaciones específicas entre soberanía y gobernanza, que configuran el mercado de drogas en general, las guerras entre cárteles y el combate del gobierno de Calderón contra el narcotráfico. Además, mostramos que la "guerra contra el narcotráfico" asumida por el actual gobierno debe entenderse en el marco de una compleja trama de indiferenciaciones miméticas entre grupos de la droga e instituciones estatales. En otros términos, el choque entre el gobierno federal y los distintos grupos de la droga supone el combate entre dos lógicas férreas que, no obstante, se mimetizan" (Pereyra, 2012: 430).

> La circulación y el uso de drogas ilegales se han convertido en uno de los problemas más graves que enfrenta América Latina. Todos los países de la región sufren el embate del narcotráfico y experimentan un crecimiento en sus mercados domésticos de estupefacientes. Millones de jóvenes consumen alcohol, tabaco, marihuana, cocaína y drogas sintéticas, mientras que cientos de miles trabajan en la industria ilegal que las produce. Miles de latinoamericanos mueren todos los años como víctimas de la escalada de violencia fuertemente ligada al narcotráfico (Bergman, 2016: 13).

Estos fenómenos sociales se han conjugado para que los tópicos sobre las adicciones, las drogas, la rehabilitación, la trata de personas, el narcotráfico, los derechos humanos, etcétera, tengan recientemente resonancia en la sociedad de manera generalizada. Desde entonces, cualquier tema relacionado con las drogas se han cubierto de connotaciones que ocasionan un malestar social, pero tal contexto no favorece para analizar objetivamente dicha problemática. Hablaré de esto más adelante.

LA INGESTA DE ALCOHOL EN MÉXICO.

El maíz, el tomate, el chile, el frijol, el aguacate, la calabaza, el maguey o agave fueron algunas de las plantas que proporcionaron los alimentos más importantes para el asentamiento y desarrollo de los pueblos mesoamericanos.

En cuanto al maguey, es uno de los nueve géneros de la familia agaváceas. Existen poco más de 200 especies de agave, la mayoría endémicas de nuestro país. Los magueyes que se encuentran en territorio mexicano son tan diversos en la forma de la penca, en su color, en su tamaño, en su tesitura, como en otros aspectos. Las variedades de agave son producto del alto grado de adaptación de la planta a distintos ecosistemas, como a su ancestral interacción con el ser humano.

A lo largo de la historia el agave ha tenido infinidad de usos que se establecieron por sus propiedades medicinales y nutricionales, por su dócil manejo y resistencia para la elaboración de la vivienda típica otomí y múltiples enseres domésticos, así como para delimitar las parcelas y evitar la erosión de la tierra.

> El árbol de maravillas es el maguey, de que los nuevos chapetones (como en Indias los llaman) suelen escribir milagros, de que da agua, y vino, y aceite, y vinagre, y miel, y arrope, e hilo, aguja y otras cien cosas. Él es un árbol que en la Nueva España estiman mucho los indios, y de ordinario tienen en su habitación alguno o algunos de este género para ayuda a su vida, y en los campos se da y lo cultivan. Tiene unas hojas anchas y groseras, y el cabo de ellas una punta aguda y recia, que sirve para prender

> o asir como alfileres, o para coser, y ésta es la aguja; sacan de la hoja cierta hebra e hilo. El tronco, que es grueso, cuando está tierno le cortan y queda una concavidad grande donde sube la sustancia de la raíz, y es un licor que se bebe como agua, y es fresco y dulce-, este mismo, cocido, se hace como vino, y dejándolo acceder se vuelve vinagre; y apurándolo más al fuego es como miel- y a medio cocer, sirve de arrope, y es de buen sabor y sano, y a mi parecer, es mejor que el arrope de uvas. Así van cociendo éstas y otras diferencias de aquel jugo o licor, el cual se da en mucha cantidad, porque por algún tiempo cada día sacan algunas azumbres de ello... (Acosta, 1590; citado en Vargas, 1999: 12).

Los primeros cultivos de maguey se remontan al 6500 a.C., en la zona de Tehuacán, ubicada actualmente en el estado de Puebla, con estos se dio pie a la extracción del pulque, lo cual permitió que la ingesta de bebidas embriagantes se convirtiera en una práctica arraigada en la cultura mexicana (Soberón, 1999).[4]

> El consumo de pulque obedecía a reglas estrictas entre los antiguos nahuas y entre otros pueblos del México antiguo. Sin embargo, aparecen en sus mitos varias deidades en estado de ebriedad. Asociada con el final de las eras cosmogónicas, la ebriedad de los dioses los señala como transgresores a punto de ser derrocados como soles. Las fuentes revelan también que la embriaguez tiene una dimensión sacrificial que conduce a un renacimiento, es decir, constituye una etapa en el camino mítico que recorren deidades como Quetzalcóatl y Tezcatlipoca, desde la muerte hasta el renacimiento (Olivier, 2012: 26).

También sabemos, por ejemplo, que el pulque era ingerido por los gobernantes o sacerdotes en las ceremonias religiosas, llegando incluso a constituirse alrededor de ella toda una cultura deificada. De esta costumbre derivaron un conjunto de herramientas y técnicas diseñadas de forma especial para el cultivo del maguey, así como las prácticas de consumo.[5] Sobre esto Matadamas (2016) menciona que el pulque era

[4] Como lo alude Vela (2018) "el pulque, no sólo fue la bebida alcohólica más común, exceptuando el agua, fue el líquido de mayor contenido simbólico de la época prehispánica (…) la explotación de la planta del maguey, la extracción del aguamiel y la elaboración del pulque son prácticas de antigua data, lo indica la presencia de sitios del Altiplano" (8).

[5] Con base en Goguitchaichvili et al. (2018) "durante siglos, y hasta hace algunos años, se consideró que el proceso de destilación había sido llevado al nuevo mundo por los españoles, quienes a su vez lo aprendieron de los árabes. Por esta razón, se creía que la única bebida alcohólica de las sociedades mesoamericanas era el pulque - un fermento de maguey. Sin embargo, recientes investigaciones arqueológicas revelaron que la destilación de alcohol era conocida en Mesoamérica mucho antes de la llegada de los europeos, durante al menos 25 siglos. La evidencia directa proviene del centro ceremonial y administrativo de Xochitécatl-Cacaxtla (estado de Tlaxcala) con varios hornos donde se descubrieron restos de maguey cocidos. El contexto arqueológico correspondiente fue radiométricamente fechado entre 600 y 400 a.C. Aquí, informamos un estudio arqueomagnético detallado sobre artefactos arqueológicos quemados encontrados en estos hornos de cocina. 35 especímenes pertenecientes a dos fragmentos de cerámica, una roca quemada y dos muestras de suelo quemado fueron preseleccionados para experimentos de arqueointensidad. Las muestras de cerámica exhibieron un comportamiento esencialmente reversible durante los experimentos termomagnéticos que apuntan a la titanomagnetita pobre en Ti (fase casi de magnetita) como portador magnético principal, mientras que dos fases ferromagnéticas parecen coexistir en los suelos quemados. En contraste, las muestras de rocas

considerado un don divino y se creía que el proceso mismo de elaboración estaba bajo la tutela de distintos dioses. De hecho, se hacía la distinción entre las deidades del maguey, generalmente femeninas –como Mayáhuel–, y las del pulque, masculinas. Las deidades principales asociadas con el pulque era la propia Mayáhuel y los *centzontotochin* o cuatrocientos conejos, denominación que más que referirse a una cifra precisa es una metáfora de su gran cantidad y diversidad. En su conjunto y en lo individual estos dioses están asociados con la fertilidad, la agricultura y el ciclo lunar.

> Los dioses del pulque eran innumerables. En los códices y en las fuentes escritas aparecen Ome Tochtli, Tepoztécatl, Tezcatzóncatl, Toltécatl, Yauhtécatl, Izquitécatl, Pahtécatl, Cuatlapanqui, Tlilhua y otros más. En conjunto se les llamaba centzon totochtin "400 conejos". Los informantes de Sahagún explican este nombre "porque antes atribuían el pulque a los conejos, los adoraban los antiguos". Las distintas maneras que tenían los hombres de embriagarse eran atribuidas a los muchos dioses del pulque que poseían a los ebrios; se decía: "Cuando algunos se embriagan, uno llora mucho, y alguno riñe con la gente, grita a la gente. De quien grita a la gente o llora, se dice: Es como un conejo" (Olivier, 2012: 26).

Sobre esto fray Juan de Torquemada señala que "los señores principales y la gente de guerra por punto de honor tenían no beber vino, más su bebida era cacao y otros brebajes de semillas molidas, y aunque eran inclinados a este vicio de la embriaguez, no se tomaban del vino tan a rienda suelta, como lo hacen el día de hoy, no por virtud sino por el temor de la pena" (Soberón, 1999: 6).

Ciertamente, en ese entonces los gobernantes ensayaban mecanismos que les permitieran sujetar el consumo de pulque a regulaciones marcadas por el ceremonial religioso. Las más estrictas estarían dirigidas a la élite gobernante y las más flexibles a los estratos populares.

De acuerdo con las crónicas de fray Bernardino de Sahagún, toda persona que consumiera pulque fuera de estos rituales religiosos era castigada con severidad, incluso con la muerte. En las crónicas se detalla cómo los españoles, sorprendidos por los fuertes castigos que se imponían a sí mismo los nativos, procedieron a su abolición. Sin embargo, las nuevas medidas adoptadas por los españoles no pudieron frenarlo,

---

quemadas exhibieron algunas inestabilidades durante el calentamiento a altas temperaturas y evidencia indirecta de la presencia de granos de hematita antiferromagnéticos. En total, 29 especímenes permitieron la estimación de la intensidad geomagnética absoluta registrada durante el último uso del horno. La datación arqueomagnética arrojó dos posibles intervalos de tiempo entre 878 a 693 a.C. y 557 a 487 a.C. Estos nuevos datos refuerzan la hipótesis inicial y corroboran la temporalidad de estos hornos prehispánicos" (504).

únicamente consiguieron incrementar, de forma considerable, el alcoholismo entre la población indígena (Velasco, 1998).[6]

Con la conquista española, este ámbito de ritual religioso como contexto cultural para la ingesta de pulque y otras sustancias etílicas se secularizó ocasionando que se perdiera su ropaje divino.[7] Es el mismo fray Bernardino de Sahagún quien habla, por primera vez, sobre la embriaguez a la que eran afectos los nativos. Describió problemas como el adulterio, la desintegración familiar y la violencia a causa del abuso en la ingesta de bebidas alcohólicas.

> También hacían fiesta a todos los dioses del vino, y poníanles… una tinaja… llena de vino, con unas cañas con que bebían el vino los que venían a la fiesta, y aquellos eran viejos y viejas, hombres valientes y soldados y hombres de guerra, bebían vino de aquella tinaja, por razón que algún día serían cautivos de los enemigos…; y así andaban holgándose, bebiendo vino, y el vino que bebían nunca se acababa, porque los taberneros cada rato echaban vino en la tinaja (Sahagún, 1969: 325).

En la época Colonial los indígenas recibían salarios de dos o tres reales por jornal, pero aun así tenían la capacidad de adquirir medio litro de pulque por medio real. El consumo del pulque se socializó y fueron los españoles quienes más tarde, con el apoyo del Estado, comenzaron el cultivo del agave, así como a impulsar su producción y comercio.

> La consolidación de la gran hacienda pulquera propició a su vez, la atracción de inversionistas corporativos más poderosos y mejor organizados. En la primera mitad del siglo XVIII, los jesuitas se incorporaron a esa actividad, lo que marcó el inicio de la fase de producción y circulación de pulque más espectacular de todo el periodo colonial (Soberón, 1999: 6).

---

[6] "El franciscano fray Bernardino de Sahagún, por ejemplo, da cuenta en su obra del estrecho y elaborado vínculo que habían establecido los mexicas entre las creencias religiosas y los efectos del pulque, al que llamaban centson-totochtli o "cuatrocientos conejos", debido a la casi infinita variedad de efectos que producía en la conducta de quienes lo bebían" (Soberón, 1999: 4-5). Por su parte, Olivier (2012) menciona que los dioses del pulque eran innumerables. "En los códices y en las fuentes escritas aparecen Ome Tochtli, Tepoztécatl, Tezcatzóncatl, Toltécatl, Yauhtécatl, Izquitécatl, Pahtécatl, Cuatlapanqui, Tlilhua y otros más. En conjunto se les llamaba centzon totochtin "400 conejos". Los informantes de Sahagún explican este nombre "porque antes atribuían el pulque a los conejos, los adoraban los antiguos". Las distintas maneras que tenían los hombres de embriagarse eran atribuidas a los muchos dioses del pulque que poseían a los ebrios; se decía: "Cuando algunos se embriagan, uno llora mucho, y alguno riñe con la gente, grita a la gente. De quien grita a la gente o llora, se dice: Es como un conejo"" (26).

[7] "En la historia de la humanidad, los pueblos que conquistaban otros pueblos procuraban aprovechar todos sus conocimientos y avances. En pocos casos las situaciones quedaron iguales; en la mayoría mejoró la educación, la producción, la organización social, la religión o las costumbres familiares, principalmente. El conocimiento que los mexicanos tenían del uso de plantas medicinales era sumamente avanzado, al grado que cuando el rey de España ofreció mandar a México a médicos españoles para que el virrey que gobernaba por estos lares se sintiera más seguro, la contestación fue que los indígenas americanos conocían muy bien las plantas que curaban y las que no, y que eso era algo que había que enseñar a los facultativos españoles" (Barba, 2015: 57).

Tal fue el éxito del mercado pulquero que a finales del siglo XVIII representaba una de las actividades económicas más prosperas de la Nueva España. No obstante, esta actividad se vio impactada por el movimiento de Independencia en 1810. Para el siglo XIX la industria del pulque volvió a ser una de las más poderosas y se expandió por toda la república mexicana, confirmando su poder económico e influencia política. Los establecimientos donde se expendía iban en aumento. Más tarde la hegemonía del pulque como bebida nacional fue afectada por dos factores determinantes: la revolución mexicana y la apertura del capital extranjero que permitió el presidente Porfirio Díaz. Esto facilitó la incorporación de nuevos patrones de consumo en la población mexicana y la cerveza se colocó como la bebida predilecta entre los mexicanos (Ver Tabla 4).[8]

Tabla 4. Porcentaje de preferencia en las bebidas alcohólicas en México

BEBIDAS	2016	2017
Cerveza	50.4	51.2
Tequila	23	23.4
Güisqui	19	19.7
Preparados	12.9	13.5
Vodka	10.8	11.5
Brandy	8.9	10.2
Ron	7.5	9.9
Vino de mesa	7.1	9.8
Mezcal	3.7	4.8
Aguardientes	3.7	3.4
Ginebra	1.8	2.6
Champagne / Espumosos	1.9	2.2

Fuente: Grupo Imagen, 2017.

Desde entonces se ha trastocado el sentido de la ingesta de bebidas embriagantes en México, aunque todavía existan poblaciones originarias que continúan dándole un carácter ritual, porque como lo alude Stanley Brandes (2002) la bebida tiene de manera particular una característica obligatoria de ritual y de todo tipo de encuentros ritualizados, donde los sujetos participan con bastante frecuencia.

Cabe precisar que los rituales son importantes, de manera general, para la vida de los individuos, porque en todo momento y lugar los sujetos ponen en práctica una serie de acciones que contienen valores simbólicos trascendentales para la concepción de la vida, sin estos rituales la vida no tendría sentido para las personas.

[8] Con base en la encuesta de opinión pública de Grupo Imagen (2017) los mexicanos que ingieren bebidas alcohólicas las toman en promedio de 1 a 2 veces a la quincena. Comparados con otros países, no somos consumidores de grandes volúmenes de alcohol en promedio per cápita. Muy por debajo del consumo de países europeos y ligeramente por debajo de Argentina, Chile y Brasil, pero por arriba del resto de Latinoamérica.

Sin embargo, una de las limitantes para los estudios sobre rituales contemporáneos, es que por muchas décadas los trabajos sociológicos y antropológicos condicionaron a la religión el significado y el papel que los ritos desempeñan en las diversas sociedades del mundo.[9]

> La onmicomprehensión semántica del concepto de "lo sagrado" en relación con la totalidad de los fenómenos sociales, como consecuencia de esta categorización, al ser considerados como hechos colectivos frente a la relativización del carácter denominado individual de los fenómenos catalogados con el calificativo de "profanos", se articula en torno a la matriz conceptual de la "religión", como hipostatización de la autoconciencia de la sociedad (Checa y Molina, 1997: 10).

Las consecuencias de esta peculiaridad conceptual continúan repercutiendo en la orientación metodológica, por el lugar tan privilegiado en donde se encuentran los estudios sobre religión. Por esta razón, los trabajos sobre el pensamiento laico quedaron confinados al ámbito de la individualidad y despojados de toda relevancia teórica a la hora de realizar las estrategias de investigación, particularmente antropológica o sociológica.

No obstante, desde hace tiempo, nos hemos percatado que los rituales no se remiten únicamente a expresiones religiosas, porque también existen rituales laicos que son trascendentales socialmente. Muestra de ello, son las ceremonias civiles como la toma de protesta de un legislador (presidente, senador, diputado, etcétera), la conmemoración de un evento (Independencia, Revolución, Batalla de Puebla, etcétera), la graduación académica (primaria, secundaria, preparatoria, universidad), la inauguración de un evento (Olimpiadas, Super Tazón, Congreso de Sociólogos y Antropólogos, etcétera), el matrimonio civil, entre otros, donde la ingesta de bebidas embriagantes forma parte del ritual, haciendo que esta práctica se convierta en consuetudinaria.

El colocar el alcohol como medio o instrumento de socialización en cualquier ceremonia laica o religiosa ha popularizado su ingesta. Por ello, en la actualidad observamos patrones de consumo que son considerados de abuso, colocando a la ingesta de bebidas embriagantes como uno de los principales problemas de salud pública en el mundo. De acuerdo con la Organización Mundial de la Salud (2014) cada año se producen 3.3 millones de muertes en el mundo debido al consumo nocivo de alcohol, lo que representa un 5.9% de todas las defunciones. El uso

[9] Durante muchas décadas el trabajo de Turner (2013: 21) ha incidido en los estudios antropológicos y sociológicos al entender "por ritual una conducta formal prescrita en ocasiones no dominadas por la rutina tecnológica y relacionada con la creencia en seres o fuerzas místicas".

nocivo de alcohol es un factor causal en más de 200 enfermedades y trastornos. En general, el 5.1% de la carga mundial de morbilidad y lesiones es atribuible al consumo de alcohol, calculado en términos de la esperanza de vida ajustada en función de la discapacidad. El consumo de alcohol provoca defunción y discapacidad a una edad relativamente temprana. En el grupo etario de 20 a 39 años, un 25% de las defunciones son atribuibles al consumo de alcohol. Existe una relación causal entre el consumo nocivo de alcohol y una serie de trastornos mentales y comportamentales, además de las enfermedades no transmisibles y los traumatismos. Recientemente se han determinado relaciones causales entre el consumo nocivo y la incidencia de enfermedades infecciosas como la tuberculosis y el VIH/sida. Más allá de las consecuencias sanitarias, el consumo nocivo de alcohol provoca pérdidas sociales y económicas importantes, tanto para los individuos como para la sociedad en su conjunto.

En América Latina y el Caribe, en los países de baja tasa de mortalidad entre los que se ubica México, el abuso de alcohol ocupa el primer lugar (CEPAL, 2016a). Las encuestas oficiales en México han documentado cómo de 1988 a 1998 disminuyó en diez años la edad de los consumidores y de consumidores fuertes; en 1988 el mayor índice se ubicaba entre los 30 y 39 años, en 1998 osciló entre los 20 y 29 años. Estas tendencias presumen un incremento en los índices del problema para las personas, la familia y la sociedad. En lo que se refiere al individuo, el alcoholismo implica aislamiento social, pérdida de oportunidades laborales, dependencia económica y sufrimiento moral, con las consecuentes repercusiones en los ámbitos familiar y social (Secretaría de Salud, 2001).

Por su parte, el alcoholismo es considerado por el Estado mexicano como un problema de salud pública tanto por los costos que generan a la sociedad y al sistema de salud, como por los efectos en los individuos y las familias (Secretaría de Salud, 2017). Asimismo, porque la ingesta de alcohol está asociada, directa o indirectamente, con cinco de las diez principales causas de defunción, entre las que destacan las enfermedades cardiacas, diabetes mellitus, tumores malignos, enfermedades del hígado, accidentes, enfermedades cerebrovasculares, agresiones, enfermedades pulmonares obstructivas crónicas, influenza y neumonía, insuficiencia renal, ciertas afecciones originadas en el período perinatal, malformaciones congénitas, deformidades y anomalías cromosómicas, desnutrición y otras deficiencias nutricionales, lesiones autoinfligidas intencionalmente, bronquitis crónica y la no especificada, enfisema y asma (INEGI, 2016).

Con base en los resultados de la Encuesta Nacional de Adicciones de 2002[10], en la década que comprende de 1988 a 1998 el porcentaje de hombres consumidores de alcohol aumentó de 73.4% a 77%. En el caso de las mujeres el porcentaje se incrementó de 55% a 65%. En dicho estudio también se observa una disminución en la edad de inicio en la ingesta de alcohol tanto en hombres como en mujeres (Secretaría de Salud, 2002). Los indicadores anteriores muestran que en la década de 1988 a 1998 el consumo de alcohol entre los hombres aumentó 3.6%, mientras que el porcentaje de mujeres bebedoras creció en un 10%. Estas tendencias aluden un incremento en los índices de problemas asociados a esta práctica, aunada a una incidencia cada vez mayor entre los jóvenes en México.

Así también, en tal documento se señala que en 2002 la población de 12 a 65 años que nunca ha consumido alcohol representa al 35.14%, los ex bebedores representan al 18.55%, mientras que los bebedores ascienden al 46.32%. De los más de 32 millones de bebedores que hay en el país, el 59% son hombres y el 41% mujeres. De acuerdo con el mismo informe, en las áreas urbanas el 30.55% nunca ha consumido alcohol, el 18.63% es ex bebedor y el 50.81% es bebedor, cuando en las áreas rurales el 49.50% nunca ha consumido alcohol, el 18.27% es ex bebedor y el 32.23% es bebedor. Esto quiere decir que el 83% de los consumidores de alcohol viven en áreas urbanas y el 17% radica en áreas rurales, haciendo de este fenómeno un problema mayoritariamente urbano. Además, son mayoría los no bebedores que los bebedores en el medio rural, situación opuesta que se observa en las ciudades (Secretaría de Salud, 2002).

En el mismo documento se menciona que el volumen total de etanol reportado en 2002 para la población de 12 a 65 años alcanzó 2.79 litros, pero esta aumentó a 3.484 litros en el sector urbano, teniendo un alza en el índice a 7.129 litros cuando sólo se refiere a los varones. En la población rural la ingesta de alcohol se estimó en 2.728 litros. En los hombres citadinos el mayor índice de consumo se observa en el grupo ubicado entre 30 y 39 años (8.339 litros) en tanto que entre las mujeres que viven en urbes el mayor consumo fue reportado por el grupo de entre 40 y 49 años. De manera general, en la población rural el mayor consumo se ubicó también entre los 40 y 49 años (Secretaría de Salud, 2002).

[10] La Encuesta Nacional de Adicciones 2002, es un proyecto conjunto del Instituto Nacional de Estadística, Geografía e Informática (INEGI) y la Secretaría de Salud, cuya finalidad es generar información epidemiológica a nivel nacional acerca del consumo de alcohol, tabaco y otras drogas, entre la población de 12 a 65 años. Adicionalmente busca identificar los patrones de consumo de las sustancias referidas entre las personas entrevistadas, relacionando este fenómeno con los factores que eventualmente las pueden condicionar, como el sexo, la edad, el nivel de escolaridad y de ingresos entre otros.

Así también, se alude en dicho informe que más de tres millones y medio de jóvenes entre 12 y 17 años son bebedores, los cuales representan al 25.74% de la población en este sector. En la población urbana de adolescentes que ingiere bebidas embriagantes los hombres representan al 35.13% y las mujeres al 25.06%. En la población rural el índice de consumo es de 14.41%, de estos el 18.90% son hombres y el 9.88% mujeres (Secretaría de Salud, 2002).

El promedio de consumo por ocasión es de 1 a 2 copas en las mujeres urbanas adolescentes y en los hombres rurales jóvenes, seguidamente aparece el consumo de 3 a 4 copas para todos los individuos, exclusivamente en los varones urbanos de este grupo se exhibe con la misma periodicidad el consumo de 5 a 7 copas (Secretaría de Salud, 2002).

El tipo de consumo poco frecuente (menos de una vez al mes) caracteriza a los adolescentes entre 12 y 17 años. No obstante, el 10.5% de los hombres urbanos y 4.7% de los rurales presentaron patrones de consumo que incluyen altas cantidades de alcohol (5 o más copas por ocasión de consumo). Esta conducta se manifestó en 3.4% de las mujeres urbanas y en 0.9% de las mujeres rurales (Secretaría de Salud, 2002).

Las consecuencias del abuso reportadas con mayor frecuencia por los adolescentes entre los 12 y 17 años son los problemas relacionados con la policía suscitados mientras ingería bebidas embriagantes, sin considerar los problemas derivados por conducir automóviles, mismos que como era de esperarse, fueron más frecuentes entre los hombres urbanos con 9.7% y el 2.9% en los hombres rurales. Este problema únicamente fue reportado por 1.2% de las mujeres urbanas y no se percibió entre las adolescentes rurales. De igual forma, se reportó como factor las peleas mientras los sujetos estaban tomando (3.6% de los hombres urbanos y 1.8% en los hombres rurales), únicamente 0.3% de jóvenes urbanas reportaron esta conducta. En tanto, el 1.7% de este grupo reportó haber sido arrestado cuando conducía después de haber ingerido bebidas alcohólicas (Secretaría de Salud, 2002).

Con base en la Secretaría de Salud (2002) en México casi 300 mil adolescentes cumplieron con el criterio de dependencia del DSM-IV.

Por su parte, en la población de 18 a 65 años se identificó que el 27.99% nunca ha consumido bebidas alcohólicas, el 20.67% es ex bebedor y el 51.34% es bebedor. De los bebedores el 55.61% radican en las ciudades y el 37.36% viven en las zonas rurales. La población urbana

masculina que consume alcohol asciende al 72.2%, mientras que en las mujeres representa al 42.7%. En la población rural los hombres que ingieren bebidas embriagantes representan al 18.9% y las mujeres al 9.9% (Secretaría de Salud, 2002).

De acuerdo con la Secretaría de Salud (2002) el 44.4% de la población urbana y el 62.7% de la población rural no consumieron alcohol en los doce meses previos al estudio, con una proporción de dos mujeres por cada hombre. El 20.7% en la población urbana y el 10.3% en la población rural reportaron ser ex bebedores. Del total de abstemios, 5 de cada 100 hombres y 4 de cada 100 mujeres que habitan en zonas urbanas y 10 de cada cien hombres y cinco de cada cien mujeres que habitan en zonas rurales, respondieron no haber ingerido alcohol por miedo a padecer un problema de salud y el 6% contestó no beber por motivos relacionados con su religión. Un aspecto que debemos considerar sobre este punto es que, desde hace más de cuatro décadas, el medio rural en nuestro país está viviendo un complejo proceso de secularización que aún no ha tocado fondo, porque son precisamente las áreas rurales donde se han asentado las iglesias protestantes, pentecostales, evangélicas, bíblicas, bíblicas no evangélicas, entre otras más (Gutiérrez, 2018a).

En cuanto a la ingesta de bebidas embriagantes entre la población de 18 a 65 años, para las mujeres es de una o dos copas por ocasión de consumo, en tanto que para los hombres urbanos es de 3 a 4 copas y para los rurales de 5 a 7 copas (Secretaría de Salud, 2002).

Las causas más frecuentes por las que surgen problemas entre los hombres rurales y urbanos son haber iniciado una discusión o pelea con su esposa o compañera cuando estaban ingiriendo alcohol (12.9% en la población rural y 11.6% en la población urbana). Posteriormente son los problemas relacionados con las autoridades sin incluir los de tránsito (8.4% en la zona urbana y 3.7% en la zona rural), así como el haber sido arrestados mientras conducían en estado de ebriedad (3.2% y 2.4% respectivamente). Estos problemas son menos frecuentes entre las mujeres tanto rurales como urbanas (Secretaría de Salud, 2002).

Los datos de la encuesta también muestran un aumento en el índice de consumo de bebidas embriagantes en los jóvenes, de 27% en 1998 a 35% en 2002 entre los hombres, y de 18% a 25% respectivamente entre las mujeres. Entre los hombres incrementó el número de menores que reportaron ingerir mensualmente cinco copas o más por ocasión de consumo, pasando de 6.3% a 7.8% (Secretaría de Salud, 2002).

Además, señala el informe que, del total de bebedoras, de bebedoras consuetudinarias y de mujeres que cumplieron con el criterio de dependencia en los doce meses previos a la encuesta, se mantuvo estable con 45% de la población en 1998 y 43% en 2002; 0.8% y 0.7% de bebedoras consuetudinarias, y 1% y 0.7% con dependencia. No obstante, se percibió un incremento en el número de mujeres bebedoras moderadas altas que pasó de 2.6% a 3.7% en tan sólo cinco años (Secretaría de Salud, 2002).

En los hombres decreció el índice de consumidores de alcohol de 77% a 72% en ese mismo período. Se observa también una disminución de 16% a 12.4% en el índice de bebedores consuetudinarios, sin embargo, el número de individuos que cumplieron con el criterio de dependencia se mantuvo estable en ambas encuestas, con 9.6% y 9.3% respectivamente (Secretaría de Salud, 2002).

En los dos estudios se reportó el mismo número de hombres que nunca había consumido alcohol, 8.7% y 9.7%, aunque aumentó en el número de ex bebedores, porque en 1998 el 14.4% de los que no bebieron alcohol informó haber ingerido en el pasado, puesto que aumentó a 18% en 2002 (Secretaría de Salud, 2002).

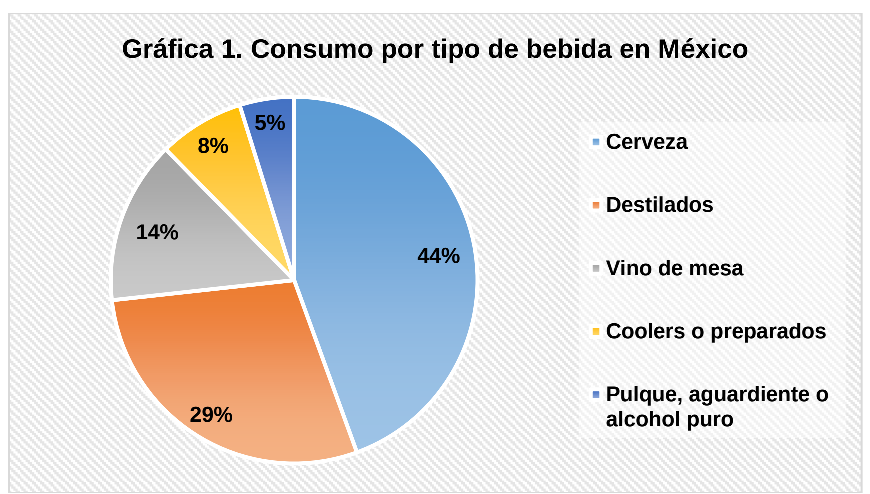
Los individuos que se consideran bebedores actuales ascienden a poco más de 32 millones, de los cuales casi 4 millones ingieren bebidas embriagantes de manera consuetudinaria a la semana en México. El 44% de los consumidores prefieren la cerveza, el 29% los destilados, el 14% el vino de mesa, el 8% los coolers o preparados, el 5% el pulque, aguardiente o alcohol puro (Ver Gráfica 1).

Los lugares predilectos para consumir alcohol son; en casa (37%), en casa de otras personas (28%), bares o antros con licencia para vender alcohol (12%), restaurantes (11%), en la calle (6%), lugares sin licencia para vender alcohol (3%), en el trabajo (3%) (Secretaría de Salud, 2002).

Por su parte, en la Encuesta Nacional de Adicciones de 2008[11] se señala que el patrón de ingesta típico en la población es de grandes cantidades por ocasión de consumo. "En total, casi 27 millones de

[11] La Encuesta Nacional de Adicciones 2008 "se realizó bajo la coordinación de la Secretaría de Salud, a través de la Subsecretaría de Prevención y Promoción de la Salud y del Consejo Nacional contra las Adicciones. La información se obtuvo mediante entrevista directa en el hogar a un adulto de entre 18 y 65 años y a un adolescente de entre 12 y 17 años. Los resultados finales permiten observar en su justa dimensión la verdadera magnitud del problema e identificar las áreas de oportunidad para intervenir con políticas públicas coherentes y eficaces, a través de acciones focalizadas acordes con las necesidades y realidades que se viven en el país" (Secretaría de Salud, 2009: 12).

mexicanos (26,828,893) entre 12 y 65 años beben con este patrón y presentan frecuencias de consumo que oscilan entre menos de una vez al mes y diario. Esto significa que, aunque beban con poca frecuencia, cuando lo hacen ingieren grandes cantidades. Casi 4 millones (3,986,461) beben grandes cantidades una vez a la semana o con mayor frecuencia (usuarios consuetudinarios)" (Secretaría de Salud, 2009a: 62).



Fuente: Elaboración propia con datos de la Secretaría de Salud, 2002.

Un dato relevante es que el llamado consumo consuetudinario es más frecuente entre hombres que entre mujeres, en una proporción de 6 hombres por cada mujer. No obstante, entre las mujeres esta forma de ingerir alcohol está creciendo, primordialmente entre las mujeres de 12 a 17 años. Este patrón también ha sido observado en el mismo grupo entre los hombres en México (Secretaría de Salud, 2009a).

Con base en la Secretaría de Salud (2009a) de manera generalizada en hombres como en mujeres, el sector que muestra los niveles más altos de ingesta de bebidas embriagantes es el de 18 a 29 años. Los niveles descienden paulatinamente conforme aumenta la edad de las personas. Los resultados señalan que la población joven está imitando los patrones de consumo de la población adulta.

Otro dato que se puede observar en el informe es el aumento de la población que presenta abuso y/o dependencia al alcohol respecto a las encuestas anteriores. "Poco más de cuatro millones de mexicanos (4,168,063) cumple con los criterios para este trastorno; de éstos, tres y medio millones (3,497,946) son hombres y poco más de medio millón (670,117) son mujeres" (Secretaría de Salud, 2009a: 62).

Esta forma de consumir alcohol está asociada a una infinidad de problemas sociales entre los que sobresalen los relacionados con la familia (10.8%), seguida por las peleas (6%), con la policía (3.7%), con el trabajo (3.7%), pero en un porcentaje menor estos problemas ocasionaron la pérdida del empleo o la posibilidad de perderlo (1.4%). Sobre tal contexto la Secretaría de Salud (2009a) menciona lo siguiente:

> Los problemas con la familia son más frecuentes en los hombres, especialmente entre los mayores de edad (3.8 hombres por cada mujer). Entre los adolescentes, estas diferencias son menos marcadas (1.3 hombres por cada mujer). Más mujeres adolescentes (7.8%) que mujeres adultas (3.9%) informaron haber tenido problemas con la familia. Como era de esperarse, la población que calificó para el trastorno abuso/dependencia tiene más problemas que aquella que no presenta este problema (Secretaría de Salud, 2009a: 63).

En los resultados de la Encuesta Nacional de Adicciones de 2011 se menciona que "con respecto a las tres prevalencias de consumo, se observó un crecimiento significativo en cada una de ellas de 2002 a 2011. De modo que la prevalencia alguna vez en la vida pasó de 64.9% a 71.3%, la prevalencia en los últimos doce meses de 46.3% a 51.4% y el crecimiento proporcionalmente mayor se presentó en la prevalencia del último mes ya que pasó de 19.2% a 31.6%. Al analizar los datos por sexo, se observó la misma tendencia de 2002 a 2011. Así la prevalencia alguna vez en la vida en los hombres creció de 78.6% a 80.6% y en las mujeres de 53.6% a 62.6%. La prevalencia del último año en las mujeres pasó de 34.2% a 40.8%, mientras que en los hombres el incremento se registró entre 2008 y 2011 (55.9% a 62.7%). Por último, la prevalencia del último mes entre 2002 y 2011 aumentó en ellos de 33.6% a 44.3% y en ellas de 7.4% a 19.7%" (Secretaría de Salud, 2012: 22).

Por patrón de ingesta de alcohol se distinguen en el mismo informe variantes significativas de 2002 a 2011, porque el consumo diario decreció de 1.4% a 0.8%, el índice de bebedores consuetudinarios se mantuvo en el mismo nivel de 5.6% a 5.4%, mientras que el porcentaje de dependencia aumentó considerablemente pasando de 4.1% a 6.2%. Cabe subrayar que el índice de consumidores altos fue similar entre 2008 y 2011 (32.0% y 32.8%).[12] Por sexo, las tendencias son parecidas, porque de 2002 a 2011 la dependencia incrementó en los hombres pasando de 8.3% a 10.8%, en las mujeres este indicador se triplicó de 0.6% a 1.8%, el consumo consuetudinario en los hombres fue el mismo prácticamente de

[12] "El índice de consumo alto no se agregó en la ENA 2002, debido a que la definición de este indicador cambió a nivel internacional. En 2002 las y los bebedores altos eran los que habían consumido 5 copas o más, en la ENA 2008 y 2011 en las mujeres el consumo alto es a partir de 4 copas o más de alcohol y en los hombres se mantiene en 5 copas o más" (Secretaría de Salud, 2012: 23).

9.7% y 9.6%, pero en las mujeres disminuyó de 2.3% a 1.4%, y la ingesta diaria también se redujo significativamente en ambos sexos. Con relación al consumo alto, se observó que de 2008 a 2011 en los hombres aumentó de 45% a 47.2%, mientras que en las mujeres permaneció igual de 19.9% y 19.3% respectivamente (Ver Tabla 5).

Tabla 5. Tendencias del consumo de alcohol en México

Prevalencia	2002	2008	2011
Consumo alguna vez	64.9%	61.3%	71.3%
Consumo último año	46.3%	44.1%	51.4%
Consumo último mes	19.2%	27.3%	31.6%
Consumo alto	NC	32%	32.8%
Consumo diario	1.4%	0.9%	0.8%
Consumo consuetudinario	5.6%	6.1%	5.4%
Dependencia	4.1%	5%	6.2%

Fuente: Elaboración propia con datos de la Secretaría de Salud, 2002, 2009a y 2012.
NC: No comparable

En cuanto a la población de 12 a 17 años se identificó que la ingesta de bebidas embriagantes creció considerablemente en las tres prevalencias. De tal forma que "el consumo alguna vez pasó de 35.6% a 42.9%, en el último año de 25.7% a 30.0% y en el último mes de 7.1% a 14.5%. Esta misma tendencia se observó en los hombres y en las mujeres, especialmente en el consumo del último mes ya que se incrementó en el caso de ellos de 11.5% a 17.4% y en ellas de 2.7% a 11.6%. También se observó que de 2002 a 2011 el índice de adolescentes que consumen diario alcohol se mantuvo estable, el consumo consuetudinario disminuyó y el índice de dependientes registró un incremento significativo, que pasó de 2.1% a 4.1%, mientras que el consumo alto de 2008 a 2011 se mantuvo igual y el consuetudinario disminuyó de 2.2% a 1%" (Secretaría de Salud, 2012: 24).

Por sexo, se distingue también en el informe el incremento en las tasas del año 2002 al 2011 en los hombres como en las mujeres. De tal manera que el consumo alguna vez pasó 35.6% a 42.9%, el consumo en el último año de 25.7% a 30%, el consumo en el último mes de 7.1% a 14.5%, el consumo consuetudinario disminuyó de 1.8% a 1%, pero el de dependencia aumentó de 2.1% a 4.1%. En el caso de los hombres el consumo alguna vez pasó 41.6% a 46%, el consumo en el último año de 30.6% a 31.8%, el consumo en el último mes de 11.5% a 17.4%, el consumo consuetudinario decreció de 2% a 1.7%, aunque el de dependencia pasó 3.5% a 6.2%. En el caso de las mujeres el consumo alguna vez aumentó 29.6% a 39.7%, el consumo en el último año de 20.9% a 28.1%, el consumo en el último mes de 2.7% a 11.6%, el

consumo consuetudinario decreció de 1.6% a 1.4%, sin embargo, el de dependencia creció de 0.6% a 2% (Secretaría de Salud, 2012).

De 2002 a 2011 las tendencias en la ingesta de alcohol entre la población de 18 a 65 años fueron mayores que en la población de 12 a 17 años. La prevalencia de consumo alguna vez pasó de 72% a 77.1%, la del último año de 51.3% a 55.7%, la del último mes de 22.2% a 35% y la de dependencia de 4.6% a 6.6%. Por sexo, en los hombres la prevalencia de consumo alguna vez decreció de 88.9% a 88.1%, la del último año de 69.5% a 69.3%, la del último mes incrementó de 39.7% a 50% y la de dependencia de 9.6% a 11.8%. En las mujeres aumentó considerablemente la prevalencia de consumo alguna vez pasando de 58.8% a 67%, la del último año de 37.1% a 43.2%, la del último mes de 8.5% a 21.2% y la de dependencia de 0.7% a 1.7%. Por lo tanto, en este periodo, son las mujeres quienes presentan los mayores cambios respecto al consumo de bebidas alcohólicas en México (Secretaría de Salud, 2012).

La edad de inicio en la ingesta de alcohol entre la población varía entre sexos. Por ejemplo, en la encuesta de 2008 el 49.1% de las personas que consumieron alcohol, mencionó que lo hizo por primera vez a los 17 años o menos, mientras que en la encuesta de 2011 este porcentaje aumentó a 55.2%. En cuanto a otros grupos de edad, el 45.7% en 2008 y el 38.9% en 2011 iniciaron entre los 18 y 25 años. Únicamente el 5.3% en 2008 y el 5.9% en 2011 consumieron bebidas embriagantes por primera vez entre los 26 y 65 años. Los resultados por sexo muestran que en 2008 el 56.8% de los hombres y el 38.9% de las mujeres iniciaron su consumo de alcohol a los 17 años o menos en 2011 estos porcentajes aumentaron a 64.9% y 43.3%, respectivamente (Ver Tabla 6).

Tabla 6. Edad de inicio en el consumo de alcohol en México

	ENA 2008			ENA 2011		
Sexo	**12 a 17 años**	**18 a 25 años**	**26 a 65 años**	**12 a 17 años**	**18 a 25 años**	**26 a 65 años**
Hombres	56.8%	41.4%	1.8%	64.9%	33.0%	2.1%
Mujeres	38.9%	51.2%	9.9%	43.3%	46.1%	10.6%
Total	49.1%	45.7%	5.3%	55.2%	38.9%	5.9%

Fuente: Secretaría de Salud 2009a y 2012.

Con base en las encuestas nacional de 2008 y 2001 el promedio en la edad de inicio de la ingesta de bebidas embriagantes, dicho valor es a los 18 años y se ha mantenido estable durante este periodo. Por sexo, se distinguen variaciones, particularmente en los hombres, porque decreció entre ellos, pasando la media de edad de 16.95 años en 2008 a los 16.62 años en 2011. En las mujeres, permaneció la media de edad en ambas

encuestas, quedando alrededor de los 19 años (Secretaría de Salud 2009a y 2012).

Durante 2011 la cerveza continuó encabezando la lista de bebidas predilectas tanto en los hombres (53.6%) como en las mujeres (29.3%). Le siguen en preferencia los destilados con el 23.6% de la población. Después los vinos de mesa con el 6.2%. Las bebidas preparadas las consumen 4.4%. Los fermentados, como los aguardientes y el alcohol puro mantienen un bajo nivel de consumo, sin mostrar cambios significativos en su consumo (Secretaría de Salud, 2012).

Por último, el informe de la Secretaría de Salud (2012) concluye que el "6% de la población desarrolló dependencia. Lo que equivale a 4.9 millones de personas. Aqueja al 10.8% de los hombres entre 12 y 17 años y al 1.8% de las mujeres. Afecta a 4.1% de los adolescentes y 6.6% de los adultos, este índice aumentó significativamente entre los hombres de 2008 a 2011, nuevamente con menos distancia entre hombres y mujeres adolescentes (3 hombres por cada mujer) de lo que se observa en la población adulta (7 hombres por cada mujer). La proporción de mujeres adultas con dependencia (1.7%) es similar a la observada en mujeres adolescentes (2%), indicando un fenómeno más reciente; entre los hombres hay dos adultos con la condición por cada adolescente" (38).

Posteriormente la Secretaría de Salud y sus dependencias dejaron de elaborar la Encuesta Nacional de Adicciones, pero publicaron en 2017 la Encuesta Nacional de Consumo de Drogas, Alcohol y Tabaco (ENCODAT 2016-2017).[13] En dicho estudio se mencionan las tendencias en la ingesta de bebidas embriagantes entre la población de 12 a 65 años en México (Ver Tabla 7).

Tabla 7. Tendencias del consumo de alcohol en México

Prevalencia	2011	2016
Consumo alguna vez	71.3%	71.0%
Consumo último año	51.4%	49.1%
Consumo último mes	31.6%	35.9%
Consumo excesivo último año	28.0%	33.6%
Consumo excesivo último mes	12.3%	19.8%
Consumo diario	0.8%	2.9%
Consumo consuetudinario	5.4%	8.5%

Fuente: Secretaría de Salud, 2017.

[13] Esta edición se compone por tres tomos, que dan cuenta del panorama epidemiológico del consumo de alcohol, tabaco y drogas a nivel estatal y nacional.

Como se puede apreciar en la Tabla 7, la prevalencia de consumo alguna vez y consumo último año disminuyó de 2011 a 2016, pero en ese mismo lapso aumentó la prevalencia de consumo último mes 4.3%, consumo excesivo último año 5.6%, consumo excesivo último mes 7.5%, consumo diario 2.1% y consumo consuetudinario 3.1% (Secretaría de Salud, 2017).

Por sexo, en los hombres incrementó la prevalencia de consumo último mes de 43.3% a 45.5%, consumo excesivo último año de 41.3% a 45.5%, consumo excesivo último mes de 20.9% a 29.9%, consumo diario de 1.4% a 4.5% y consumo consuetudinario de 9.6% a 13.8%. En las mujeres creció la prevalencia de consumo último mes de 19.7% a 24.4%, consumo excesivo último año de 15.5% a 22.6%, consumo excesivo último mes de 4.1% a 10.3%, consumo diario de 0.2% a 1.4% y el consumo consuetudinario de 1.4% a 3.5% (Secretaría de Salud, 2017).

Esto quiere decir que las tasas en la ingesta de alcohol incrementaron tanto en hombres como en mujeres en un lustro en el país. Al respecto, en el mismo informe se alude que:

> Al preguntar cuántas bebidas o copas necesita para sentirse borracho o borracha, quienes han bebido alguna vez en la vida, indican necesitar en promedio 8.7 copas. Los hombres necesitan más copas (10.2) que las mujeres (6.3) para sentirse borrachos. La mayoría de las personas (29.1%) han indicado necesitar de 5 a 7 copas para sentirse borracho(a) seguidas de quienes necesitan de 8 a 11 copas (24.3%) y 12 copas o más (23.2%). El 31.2% de los hombres indica que necesita 12 o más copas, 28% de 8 a 11 y 26.6% de 5 a 7. En el caso de las mujeres, la mayoría indicó necesitar entre 5 y 7 copas (33.2%), 26.2% de 1 a 3 y el 18.2% de 8 a 11 (Secretaría de Salud, 2017: 49).

En cuanto a la población de 18 a 65 años se incrementó de 2011 a 2016 la prevalencia de consumo en el último mes pasando de 35.0% a 39.9%, el consumo excesivo en el último año de 31.2% a 37.4%, el consumo excesivo en el último mes de 13.9% a 22.1%, el consumo diario de 0.9% a 3.0% y el consumo consuetudinario de 6.3% a 9.3% (Secretaría de Salud, 2017).

Por sexo, en los hombres aumentó en el mismo lustro la prevalencia de consumo en el último mes de 50.0% a 54.8%, el consumo excesivo en el último año de 46.8% a 51.9%, el consumo excesivo en el último mes de 24.1% a 34.4%, el consumo diario de 1.7% a 5.0% y el consumo consuetudinario de 11.3% a 15.8%. En el caso de las mujeres la prevalencia de consumo en el último mes pasó de 21.2% a 26.2%, el consumo excesivo en el último año de 16.8% a 24.0%, el consumo excesivo en el último mes de 4.5% a 10.8%, el consumo diario de 0.2% a

1.2% y el consumo consuetudinario de 1.6% a 3.5% (Secretaría de Salud, 2017).

En la población de 12 a 17 años, la ingesta de alcohol se ha mantenido constante, pasando de 42.9% en 2011 a 39.85 en 2016. De igual forma, las prevalencias del último año y el último mes no han variado considerablemente, al pasar de 30% a 28% y de 14.5 a 16.1%, respectivamente. Sin embargo, se duplicó de 4.3% a 8.3% el consumo excesivo durante el último mes, pero los aumentos más drásticos se observaron en el consumo diario pasando de 0.2% a 2.6% y en el consumo consuetudinario de 1% a 4.1% (Secretaría de Salud, 2017).

Por sexo, también se muestra en ese lustro que las prevalencias son estables, porque en los hombres el consumo alguna vez pasó de 46% a 41.7%, mientras que la prevalencia durante el último año fue de 31.8% a 28.8% y la del último mes de 17.4% a 16.8%. En las mujeres el consumo alguna vez pasó de 39.7% a 37.9%, la prevalencia durante el último año de 28.1% a 27.2% y la del último mes fue de 11.6% a 15.4%. No obstante, el consumo consuetudinario tanto en hombres como en mujeres incrementó significativamente, en ellos de 1.7% a 4.4% y en ellas de 0.4% a 3.9% (Secretaría de Salud, 2017).

Si contrastamos la información de la Secretaría de Salud de 2012 y 2017, podemos observar cómo que en México la edad de inicio en la ingesta de bebidas embriagantes entre la población de 12 a 17 años disminuyó 2.1%, en la población de 18 a 25 años aumentó 2.4% y en la población de 26 a 65 años decreció 0.3% (Ver Tabla 8).

Tabla 8. Edad de inicio en el consumo de alcohol en México

	ENA 2011			ENCODAT 2016		
Sexo	**12 a 17 años**	**18 a 25 años**	**26 a 65 años**	**12 a 17 años**	**18 a 25 años**	**26 a 65 años**
Hombres	64.9%	33.0%	2.1%	61.5%	36.5%	2.0%
Mujeres	43.3%	46.1%	10.6%	43.1%	47.1%	9.8%
Total	55.2%	38.9%	5.9%	53.1%	41.3%	5.6%

Fuente: Secretaría de Salud, 2012 y 2017.

Asimismo, se distingue en los reportes de la Secretaría de Salud 2012 y 2017 las variantes regionales en la ingesta de bebidas embriagantes en la población de 12 a 65 años en México. Para ello, la Secretaria de Salud segmentó en ocho regiones el país: Norcentral, Noroccidental,

Nororiental, Occidental, Centro, Ciudad de México, Centro Sur y Sur (Ver Tabla 9).[14]

Tabla 9. Variantes regionales en el consumo de alcohol en México

Región	Consumo Alguna Vez	Consumo Último Año
Norcentral	73.3%	55.9%
Noroccidental	71.5%	54.6%
Nororiental	68.3%	49.1%
Occidental	71.6%	52.4%
Centro	76.9%	57.0%
Ciudad de México	73.4%	52.8%
Centro Sur	68.0%	45.7%
Sur	59.0%	37.3%
Nacional	71.3%	51.4%

Fuente: Secretaría de Salud, 2012.

Como se puede apreciar en la Tabla 9 en la región Centro el consumo alguna vez en la vida (76.9%) y en el consumo en el último año (57.0%) es superior al promedio nacional que es de 71.3% y 51.4% respectivamente. En contraparte, la región Sur cuenta con las prevalencias más bajas en el consumo alguna vez en la vida (59.0%) y en el consumo en el último año (37.3%).

Cuando se analizó el indicador de consumo alto, los resultados que arrojan la prevalencia mayor al promedio nacional son las regiones Noroccidental (38.5%) y Norcentral (37.0%), en contraste nuevamente con la región Sur (25.6%) que presenta el consumo más bajo de alcohol (Ver Tabla 10).

Tabla 10. Variantes regionales en el consumo de alcohol en México

Región	Consumo Alto	Consumo Diario
Norcentral	37.0%	0.8%
Noroccidental	38.5%	0.8%
Nororiental	33.6%	1.6%
Occidental	30.3%	0.8%
Centro	34.5%	0.6%
Ciudad de México	31.8%	0.6%
Centro Sur	30.9%	0.8%
Sur	25.6%	0.6%
Nacional	32.8%	0.8%

Fuente: Secretaría de Salud, 2012.

[14] Cabe precisar que en las encuestas nacionales de la Secretaría de Salud de 2012 y 2017, no se específica cuáles son las entidades que corresponden a cada una de las regiones, situación que debería aclarar.

Respecto a la prevalencia consumo diario, es una práctica poco frecuente en nuestro país, porque se encontraron índices relativamente bajos (0.8%), tanto en las mujeres (0.2%) como en los hombres (1.4%), sin que haya variaciones significativas regionales (Secretaría de Salud, 2012).

Sin embargo, en el consumo consuetudinario se percibe una prevalencia mayor al promedio nacional (5.4%) en la región Nororiental de 12.8% y la región Norcentral de 8.7%. En cambio, la Ciudad de México presentó la prevalencia más baja de 2.7%, seguida de la región Centro con 2.8% y la Occidental con 3.7%. Por sexo, los resultados indican que los hombres de la región Nororiental (22.1%) son quienes más presentan este patrón de ingesta. En las mujeres, no se encontraron variaciones regionales en el consumo consuetudinario y se tuvo una prevalencia nacional de 1.4% (Ver Tabla 11).

Tabla 11. Variantes regionales en el consumo de alcohol en México

Región	Consumo Consuetudinario	Dependencia al Alcohol
Norcentral	8.7%	5.6%
Noroccidental	6.8%	6.8%
Nororiental	12.8%	6.1%
Occidental	3.7%	6.5%
Centro	2.8%	5.5%
Ciudad de México	2.7%	4.4%
Centro Sur	6.1%	8.1%
Sur	5.7%	5.7%
Nacional	5.4%	6.2%

Fuente: Secretaría de Salud, 2012.

En la Tabla 11 también notamos el índice promedio de dependencia al alcohol a nivel nacional que es de 6.2%. Las regiones que están por arriba de dicho índice son Centro Sur con 8.1% y Noroccidental con 6.8%, mientras que la Ciudad de México presentó el menor índice que es de 4.4%. Por sexo, la dependencia al alcohol es mayor en los hombres (10.8%) que en las mujeres (1.8%).

Por su parte, en la Encuesta Nacional de Consumo de Drogas, Alcohol y Tabaco 2016-2017 se observa que durante el último año la ingesta de alcohol en la región Occidental aumentó de 52.4% en 2011 a 60.6% en 2016, cuando la media nacional era de 51.4% a 49.1% respectivamente. El índice más bajo para la misma prevalencia es la región Sur con 37.3% en 2011 y 40.7% en 2016. La región Occidental presenta un incremento en el consumo excesivo en la prevalencia el último mes, pasando de 10.5% en 2011 a 26.3% en 2016, cuando el promedio en el país es era de 12.3% a 19.8% respectivamente. Las cifras más bajas de este

rubro las presenta la región Centro con 9% en 2011 y la región Centro Sur con 15.7% en 2016 (Ver Tabla 12).

Tabla 12. Variantes regionales en el consumo de alcohol en México

Región	2011 Último año	2011 Último mes	2016 Último año	2016 Último mes
Norcentral	55.9%	18.8%	50.0%	25.0%
Noroccidental	54.6%	20.0%	45.5%	22.5%
Nororiental	49.1%	19.5%	49.2%	24.7%
Occidental	52.4 %	10.5%	60.6%	26.3%
Centro	57.0%	9.0%	49.2%	17.5%
Ciudad de México	52.8%	9.8%	53.4%	18.5%
Centro Sur	45.7%	10.8%	45.7%	15.7%
Sur	37.3%	10.7%	40.7%	16.8%
Nacional	51.4%	12.3%	49.1%	19.8%

Fuente: Secretaría de Salud, 2012 y 2017.

En la población de 12 a 17 años se observa que en 2011 la Ciudad de México presentó la tasa más alta de consumidores de alcohol en el último año con 39.2%, mientras que para 2016 la región Occidental mostró el índice mayor con 40.4%. Las cifras menores en el mismo rubro son de la región Sur con 18.8% y 17.7% respectivamente. En la prevalencia de consumo excesivo en el último mes la Ciudad de México presentó en 2011 la tasa mayor de bebedores con 7.9% y la región Occidental mostró en 2016 el mayor índice con 15.3%. Los menores índices en dicha prevalencia fueron para la región Centro Sur con 2.2% en 2011 y la región Sur con 4.9% en 2016 (Ver Tabla 13).

Tabla 13. Variantes regionales en el consumo de alcohol en la población de 12 a 17 años en México

Región	2011 Último año	2011 Último mes	2016 Último año	2016 Último mes
Norcentral	31.7%	4.2%	26.7%	9.0%
Noroccidental	23.6%	3.6%	21.4%	5.9%
Nororiental	25.3%	5.6%	24.0%	7.1%
Occidental	32.6%	5.2%	40.4%	15.3%
Centro	37.1%	4.8%	31.5%	8.8%
Ciudad de México	39.2%	7.9%	33.3%	6.7%
Centro Sur	23.9%	2.2%	24.4%	7.1%
Sur	18.8%	2.3%	17.7%	4.9%
Nacional	30.0%	4.3%	28.0%	8.3%

Fuente: Secretaría de Salud, 2012 y 2017.

En la población de 18 a 65 años en 2011 se distingue que en el último año la región que tuvo mayor número de bebedores fue Centro con 61.1%, mientras que para 2016 fue la región Occidental con 64.7%. La región Sur presentó las menores tasas en el mismo rubro en 2011 (41.4%) y 2016 (45.8%). En la prevalencia el consumo excesivo en el último mes la región Noroccidental tuvo el mayor índice con 23.2% en 2011 y en 2016 la

mayor tasa fue de la región Occidental de 28.5%. La región Centró y la región Centro Sur mostraron los menores índices en 2011 (9.8%) y 2016 (17.6%) respectivamente (Ver Tabla 14).

Tabla 14. Variantes regionales en el consumo de alcohol en la población de 18 a 65 años en México

Región	2011 Último año	2011 Último mes	2016 Último año	2016 Último mes
Norcentral	60.8%	21.7%	54.7%	28.3%
Noroccidental	60.6%	23.2%	50.1%	25.7%
Nororiental	53.6%	22.1%	53.9%	28.0%
Occidental	56.5%	11.6%	64.7%	28.5%
Centro	61.1%	9.8%	52.8%	19.3%
Ciudad de México	54.8%	10.0%	56.3%	20.2%
Centro Sur	50.6%	12.8%	50.6%	17.6%
Sur	41.4%	12.5%	45.8%	19.4%
Nacional	55.7%	13.9%	53.3%	22.1%

Fuente: Secretaría de Salud, 2012 y 2017.

De la información expuesta de la Secretaría de Salud 2002, 2009, 2012 y 2017 podemos decir que, en la población de 12 a 17 años, como en la población de 18 a 65 años, el consumo consuetudinario de alcohol fue la prevalencia que más aumentó en los últimos años en México. Este fenómeno debe ser atendido con prontitud por el Estado y sus dependencias. La atención no sólo tiene que ser clínicamente, puesto que el enfermo a tratar es la sociedad, y como sociedad, debe ser atendido. Los problemas sociales que inciden en que se incrementen los índices en la ingesta de alcohol, están intrínsecamente relacionados con los problemas ambientales, económicos, políticos, culturales, etcétera, que se viven en el país y en el mundo. No podemos ver como ajenos los problemas sociales en Venezuela y Nicaragua, o la estrepitosa caída de la economía argentina que repercute directamente en los países latinoamericanos, pero que sobre todo afecta, como siempre, a las clases sociales más vulnerables de la región.[15]

Un punto que me pareció importante de la Encuesta Nacional de Adicciones de 2011 es el referente a la *Búsqueda de ayuda y necesidades de atención*, en donde se dice que "en términos generales, se observa que el número de gente que asiste a tratamiento se ha incrementado. Cerca de 830 mil personas de los y las consumidores de alcohol, han ido a

[15] En el informe de la CEPAL (2016b) se alude de forma particular a diversas dimensiones que determinan la estructura de los patrones de desigualdad social en Latinoamérica, "más allá de los ingresos y el nivel socioeconómico, a saber: a) las desigualdades de género; b) las desigualdades étnicas y raciales; c) las desigualdades relacionadas con el ciclo de vida (especialmente en la infancia, la juventud y la vejez), y d) las desigualdades territoriales (entre las zonas rurales y urbanas y entre las distintas regiones de cada país). Se señala también que esas diversas dimensiones con frecuencia se encadenan, se entrecruzan y se potencian entre sí, afectando en forma particular a determinados grupos de población, como las mujeres indígenas y las mujeres afrodescendientes" (10).

tratamiento, esto es casi cien mil personas más que las reportadas en el año 2008; en tanto, al considerar sólo a quienes cumplen el criterio de posible dependencia al alcohol, el incremento ha sido de casi cuarenta mil personas. El número de mujeres que ha ido a tratamiento es muy bajo en comparación con los hombres" (Secretaría de Salud, 2012: 33).

Como se aprecia en la Tabla 15, la población de 12 a 65 años que consume alcohol o con posible dependencia y que ha recibió tratamiento en 2008 y en 2011, es mínima respecto al número de bebedores consuetudinarios que hubo durante esos años en el país.

Tabla 15. Consumidores de alcohol que han recibido tratamiento en México

	ENA 2008	**ENA 2011**
Consumidores de alcohol		
Total	732,439	829,109
Hombres	662,400	738,001
Mujeres	70,039	91,108
Con posible dependencia		
Total	293,197	330,920
Hombres	263,634	307,136
Mujeres	29,563	23,783

Fuente: Secretaría de Salud, 2009 y 2012.

Esto quiere decir, que no somos una sociedad con la cultura de la rehabilitación, ni mucho menos de la prevención. De igual forma, nos percatamos que la mujer es la que menos asiste a la rehabilitación en México, su equivalente es de cada 100 hombres que acuden a tratamiento, sólo lo hacen 10 mujeres. En el caso de México, se puede explicar la diferencia por sexo de acuerdo con la manera en que la bebida alcohólica perjudica el prestigio social de la familia. Para el hombre no es vergonzoso embriagarse, pero sí lo es, en el caso de la mujer. Con base en los informes de la Secretaría de Salud (2002, 2009, 2012, 2017) en dieciséis años el número de bebedoras consuetudinarias aumentó de 0.7% a 3.5% y con dependencia alcohólica de 0.7% a 2.5%, en comparación con la de bebedores consuetudinarios que pasó de 9.7% a 13.8% y con dependencia alcohólica de 8.3% a 9.6%. Una de las razones de este incremento exponencial en el número de bebedoras, es que la mujer ha tratado de equiparar su posición social respecto al hombre, pero está reproduciendo la cultura machista en la ingesta de alcohol. Sabemos también, que las mujeres difícilmente se reconocen como bebedoras consuetudinarias y mucho menos con dependencia alcohólica, que prefieren beber en privado que hacerlo en público, puesto que aún prevalece un estigma social hacia ellas, porque una mujer alcohólica difícilmente cumpliría con el rol social que le fue asignado (hija, esposa, madre, abuela). Ese mismo contexto cultural se presenta con la rehabilitación, porque desde hace más

de 20 años he venido observado que las mujeres son las que menos acuden a las instituciones que otorgan tratamiento en México.

Al observar la Tabla 16 que alude sobre el tipo de rehabilitación que han recibido las personas que ingieren bebidas embriagantes en el país, podemos distinguir que sobresale el tratamiento ambulatorio, que de manera particular es el que más ha aumentado entre los hombres.

Tabla 16. Tipo de tratamiento recibido por los usuarios de alcohol en México

	ENA 2008	ENA 2011
Usuarios de alcohol		
Desintoxicación	236,226	228,956
Residencial	112,652	123,935
Ambulatorio	83,699	185,024
Anexo	227,202	225,223
Con posible dependencia		
Desintoxicación	109,804	93,836
Residencial	62,674	42,763
Ambulatorio	33,554	101,088
Anexo	108,615	106,350

Fuente: Secretaría de Salud, 2009 y 2012.

Por su parte, en la ENCODAT 2016-2017, se menciona que "de los usuarios de alcohol en el último año, cerca de 700 mil personas han acudido a tratamiento, mientras que, al considerar a los usuarios con dependencia en el último año, la cifra disminuye a 262,053 personas (Ver Tabla 17). Al analizar estas cifras por sexo, se observa que son las mujeres quienes menos asisten a tratamiento en comparación con los hombres (0.5% y 3.2% respectivamente)" (Secretaría de Salud, 2017: 65).

Tabla 17. Consumidores de alcohol que han recibido tratamiento en México

	Consumo último año	Con dependencia
Total	699,947	262,053
Hombres	641,282	240,462
Mujeres	58,665	21,591

Fuente: Secretaría de Salud, 2017.

El tipo de tratamiento recibido en usuarios con dependencia en el último año se observa que el 32.4% ha estado en tratamiento en un anexo, el 24.8% en tratamiento por desintoxicación y el 13.2% en tratamiento psiquiátrico o residencial. En el caso de los hombres, el tipo de tratamiento recibido en un anexo y por desintoxicación son los que tienen el mayor número de casos (34.6% y 23.6% respectivamente. En el caso de las mujeres, el tipo de tratamiento recibido es por desintoxicación (38.4%) y por Internet (37.6%) (Ver Tabla 18).

Tabla 18. Tipo de tratamiento recibido por los usuarios de alcohol en México		
	Consumo último año	**Con dependencia**
Tratamiento		
Desintoxicación	119,617	64,923
Residencial	71,698	34,661
Ambulatorio	55,932	25,975
Por Internet	19,731	15,281
Anexo	178,472	84,777

Fuente: Secretaría de Salud, 2017.

La información de los usuarios con dependencia en el último año señala que el 21.8% acude a grupos de autoayuda o ayuda mutua, el 20.3% con un psicólogo y el 16.6% con un consejero espiritual. En este rubro, los menores recurridos son consultó a algún otro especialista (0.6%), terapeuta u otro profesional de la salud en centro de salud (4.3%) y enfermera u otro profesional de la salud en centro de salud (5.3%) (Ver Tabla 19).

Tabla 19. Usuarios de alcohol que asistieron a tratamiento en México		
	Consumo último año	**Con dependencia**
Total		
Psiquiatra	62,061	26,653
Médico familiar o general	72,177	25,631
Otro médico especialista	16,090	13,233
Psicólogo	116,976	53,143
Trabajadora social	81,571	40,309
Enfermera u otro profesional de la salud en Centro de Salud	44,058	13,965
Terapeuta u otro profesional de la salud en Centro de Salud	21,213	11,316
Consejero espiritual	105,631	43,583
Grupo de autoayuda	180,545	57,114
Consultó a algún otro especialista	8,235	1,655

Fuente: Secretaría de Salud, 2017.

En el caso de los hombres, son los grupos de autoayuda y ayuda mutua quienes representan las prevalencias más altas (23.1%), seguido de los psicólogos (20.9%) y los consejeros espirituales (17.9%). En el caso de las mujeres, estas acuden más con psicólogos (13.2%), después con psiquiatras (10.5%), seguido de terapeutas u otros profesionales de la salud de forma independiente (8.2%) (Secretaría de Salud, 2017).

Analizando los datos que nos proporciona la Secretaría de Salud, podemos precisar que de manera general los sujetos se inclinan por el tratamiento ambulatorio, porque es menos costoso que la atención hospitalaria y residencial. Como su nombre lo indica, ambulatorio hace referencia a la práctica de andar. Por ello, en el ámbito de la medicina, el

uso más común para nombrar al tratamiento donde no se requiere hospitalizar al paciente, se llama ambulatorio.

En México, los tratamientos ambulatorios más populares son los grupos de autoayuda o ayuda mutua, quienes sientan sus bases en el programa terapéutico de Alcohólicos Anónimos, pero de esto hablaremos más adelante.

Esta información estadística se vuelve más relevante, cuando nos percatamos que las instituciones del Estado encargadas de proveer los servicios de salud en México han sido inoperantes por décadas. Muestra de ello, es que a pesar de que el alcoholismo es considerado como síndrome de dependencia[16] por la Organización Mundial de la Salud (2008) este no es tratado psiquiátricamente por las instituciones del Sector Salud, porque cuando una persona alcohólica acude al IMSS o al ISSSTE para ser atendida, es remitida por el médico, en el mejor de los casos, a un grupo de Alcohólicos Anónimos.[17] La misma suerte corren aquellas personas que requieren tratamiento por su adicción al tabaco, a la mariguana, a la cocaína, al crack u otras drogas, pues en su mayoría son canalizadas a Asociaciones Civiles, que por iniciativa propia han creado espacios de rehabilitación en el país.

Este acontecer social nos muestra dos escenarios. Por un lado, los servicios médicos deficientes ofrecidos por el Estado a través de la Secretaría de Salud y las dependencias que de ella emanan, mismas que no tienen la capacidad de soporte para afrontar una problemática social que cada día se agudiza más en México. Por el otro, el surgimiento de nuevos actores sociales en el territorio nacional, los cuales por iniciativa propia han construido numerosos espacios y métodos terapéuticos para la atención del alcoholismo en el país.

Con base en lo expuesto hasta el momento, colegimos que el problema en la ingesta de bebidas embriagantes no radica en su consumo

16 "El síndrome de dependencia es uno de los más graves problemas asociados al alcohol. Se trata de un cuadro que incluye manifestaciones vivenciales, conductuales, cognitivas y fisiológicas. Para los individuos que lo padecen, la vida se estructura alrededor de la bebida, y ésta constituye su máxima prioridad, por encima de cualquier otro interés que el sujeto tuviera previamente. Los sujetos con un síndrome de dependencia presentan un amplio conjunto de síntomas y signos que se muestran asociados, aunque no necesariamente todos están presentes en todos los pacientes ni en el mismo momento evolutivo. Suelen aglutinar un alto número de problemas relacionados con el alcohol, tanto en la esfera individual como familiar y social. La dependencia del alcohol aparece asociada a consumos altos y prolongados de bebidas alcohólicas y, a su vez, obliga a que dichos consumos continúen. Aunque no todos los bebedores excesivos desarrollan este temido cuadro, todos los que lo desarrollan han tenido consumos elevados durante cierto tiempo" (Franco y Giner, 2008: 73).

17 De manera ilícita existen grupos de Doble A en diversas clínicas u hospitales del sector salud en el país. El grupo "Tlatelolco" de Alcohólicos Anónimos, sesiona de lunes a sábado en la Clínica de Neuropsiquiatría del ISSSTE, la cual se ubica en prolongación Guerrero No. 346, Delegación Cuauhtémoc, Ciudad de México, México.

propiamente sino en la cantidad y frecuencia con la que este es bebido. De hecho, así lo expresa la Secretaría de Salud (2017) cuando menciona que son evidentes los efectos dañinos producidos por el abuso en el consumo de bebidas alcohólicas.[18]

Sin embargo, en el mismo informe de la Secretaría de Salud (2017) se observa una descalificación total al alcohol cuando se dice que "de los no consumidores de alcohol en la población de 12 a 17 años, el 47.5% y el 52.8%, de los hombres y mujeres considera muy peligroso el consumo (…) en la población de 18 a 29 años de los no consumidores, el 41% de los hombres y el 53.6% de las mujeres considera muy peligroso consumir alcohol (…) para la población de 30 años o más, tanto en hombres como en mujeres, la percepción de riesgo es elevada en lo no bebedores (48% y 52.5% respectivamente)" (68).

Cabe precisar que esta percepción de riesgo y la tolerancia social que se tiene hacia la ingesta de alcohol ha sido fomentada por una política pública prohibicionista implementada por el Estado para desacreditar al alcohol cuando la culpa no es de la bebida, sino de la falta de criterio y de la nula responsabilidad de los sujetos para ingerirlo.

RESUMEN DE LOS RESULTADOS SOBRE LA INGESTA DE ALCOHOL EN MÉXICO.

De la ENCODAT 2016-2017 a la ENA 2012 la ingesta de alcohol en la población de 12 a 65 años se ha mantenido estable en la prevalencia una vez en la vida, pasando de 71.3% a 71.0% respectivamente. La prevalencia de consumo en el último año disminuyó de 51.4% a 49.1%, lo que equivale a poco más de 41.8 millones de personas que ingirieron alcohol en México.

Sin embargo, se incrementaron las prevalencias consumo en el último mes de 31.6% a 35.9%, consumo excesivo en el último año de 28.0% a 33.6%, consumo excesivo en el último mes de 12.3% a 19.8% (esta cifra representa a poco más de 16.8 millones de personas), consumo diario de 0.8% a 2.9% y el consumo consuetudinario de 5.4% a 8.5% (esta cifra equivale a poco más de 7.1 millones de personas). La posible dependencia al alcohol fue de 2.2%, es decir, poco más de 1.8 millones de personas en el país.

[18] "El abuso significa más de lo que tolera fisiológicamente el organismo. Un hombre adulto sano puede metabolizar (eliminar) un trago de alcohol en una hora y no más de tres tragos en un día. Una mujer adulta sana no puede metabolizar adecuadamente más de dos tragos en un día" (González, 2005: 80).

En cuanto a la edad inicio en el consumo de alcohol la Secretaría de Salud (2017) menciona que no se presenta alguna variación significativa con respecto a los estudios previos en 2008 (17.9 años), en 2011 (17.8 años) y en 2016 (17.9 años). En el caso de los hombres, dijeron que iniciaron su consumo de alcohol en 2008 a los 17 años, en 2011 a los 16.6 años y en 2016 a los 16.7 años. Las mujeres reportaron iniciar el consumo de alcohol en 2008 a los 19.3 años, mientras que en 2011 y 2016 a los 19.2 años.

La bebida alcohólica preferida por los consumidores en los últimos 12 meses fue la cerveza (40.8%), los destilados (19.1%), los vinos de mesa (8.2%), las bebidas preparadas (7%), los fermentados (3.6%), el alcohol del 96 o los aguardientes (1.4%).

Según la Secretaría de Salud (2017) la ingesta de alcohol es el principal problema de consumo en nuestro país y afecta especialmente a los adolescentes. Aunque los hombres consumen más, las mujeres presentan un incremento importante en el índice de consumo. La diferencia en el índice de posible dependencia y de consumo excesivo entre hombres y mujeres adolescentes es menor que la encontrada entre la población adulta. Por cada hombre adolescente que presenta posible dependencia hay una mujer, mientras que en la población adulta por cada siete hombres hay una mujer.

El consumo de alcohol es un fenómeno que se ha incrementado más en las mujeres adolescentes, situación que requiere fortalecer las medidas preventivas dirigidas a esta población. Algunas de estas medidas son: retrasar la edad de inicio, informar sobre patrones de consumo de bajo riesgo, ampliar la aplicación de programas de prevención de habilidades socioemocionales, reforzar el monitoreo de no venta a menores de edad, tanto en tiendas como en bares y restaurantes (Secretaría de Salud, 2017).

Bajo este contexto, las medidas preventivas instrumentadas en algunas partes del país son prometedoras, como el Programa Conduce sin Alcohol, medida que debe incluirse en las carreteras. Supervisar la no venta de alcohol en los horarios establecidos para reducir su disponibilidad, controlar la densidad de los puntos de venta de alcohol para reducir el acceso y los problemas relacionados con el alcohol al limitar su consumo; fortalecer la política de impuestos sobre las bebidas alcohólicas. También es relevante indicar claramente que la cerveza, bebida de mayor preferencia de la población, puede generar dependencia. Todas estas medidas deben incluirse en los programas preventivos

basados en evidencia, que ayuden a la sensibilización y educación de la población (Secretaría de Salud, 2017).

Cabe subrayar que los patrones de consumo de alcohol que se presentan en la población de 12 a 65 años en México, son originados por diversos factores, entre ellos sobresalen la pobreza, la corrupción, la marginación social, la falta de espacios recreativos, la carente oferta de servicios de salud, la violencia sistemática que se padece por todo el territorio nacional, aunada al narcotráfico, la prostitución, la trata de personas, la migración proveniente de Centroamérica y el Caribe, la inoperancia del Estado, en sus tres órdenes de gobierno, la cultura costumbrista, que relaciona a la diversión y el entretenimiento con la ingesta de bebidas embriagantes, entre otras causas.

Para ejemplificar el consumo de alcohol como fenómeno sociocultural entre la población en México, en el siguiente capítulo se expone la historia de vida de dos personas que han estado vinculadas, muy de cerca, con la ingesta de bebidas embriagantes y con otras sustancias psicoactivas, lo que nos permitirá comprender con mayor precisión esta problemática que se agudiza en el país.

Capítulo IV

EL ACCESO A LAS BEBIDAS EMBRIAGANTES

Me habló de la mariguana, de la heroína,
de los hongos, del alcohol.
Por medio de la droga llegaba a Dios,
se hacía perfecto, desaparecía.
Pero yo prefiero mis viejos alucinantes:
la soledad, el amor, la muerte.

Jaime Sabines

EL PRIMER CONTACTO CON EL ALCOHOL.

En este apartado se narra cómo es el primer contacto con el alcohol entre la población en México. Asimismo, hablaremos sobre los factores que inciden para que las personas ingieran bebidas embriagantes y adquieran patrones de consumo consuetudinarios.

Para la exposición nos apoyamos en los relatos de vida de dos informantes calificados, entendiendo como informante calificado a aquel individuo "bien situado en la sociedad que [se] estudia y con el que [se] entabla primero y [se] mantiene después una relación de tipo personal durante el tiempo que dure la investigación de campo" (Junquera, 1995: 135).

En ese sentido, nuestros informantes serán globales (aquellos que tienen una visión general sobre el fenómeno social a estudiar), y específicos (aquellos que tienen una visión particular porque de manera directa han vivido el fenómeno social a estudiar).

Las características más importantes de la entrevista que aplicamos a nuestros informantes son; basada en la comunicación verbal,

estructurada, metódica y planificada, es decir, es un procedimiento de observación que se da en una relación asimétrica bidireccional (entrevistado-entrevistador) en donde interviene un juego de roles.

El tipo de entrevista que se realizó fue estructurada, formal y con un cuestionario, porque hubo preguntas prestablecidas abiertas y cerradas. Se conversó cara a cara con los entrevistados en un lugar previamente fijado, para que se tuviera la oportunidad de obtener información verbal y no verbal (desde la forma de vestir hasta los gestos con los que acompañaron su discurso).

Por otra parte, pero al mismo tiempo, se aplicaron algunas técnicas que permitieron conducir la entrevista de acuerdo con las necesidades e interés del proyecto, como la repetición de la pregunta, la clarificación de inconsistencias (se repite la información cuando ésta es contradictoria a otra obtenida anteriormente), el resumen de ideas, contraejemplos (con un ejemplo contrario se pretende hacer reflexionar al entrevistado), el resumen de ideas clave, la incomprensión voluntaria (dar a entender al entrevistado que no se ha entendido lo comentado con el fin de que vuelva a explicar y ejemplificar su discurso) (Aguirre S., en Aguirre, 1995).

Otro elemento imprescindible en nuestro trabajo de campo[1] fue la observación participante que realizamos en Asociaciones Civiles que se dedican a la rehabilitación de usuarios de drogas en México, porque esto nos aportó un conocimiento directo y experiencial de la cultura de los informantes. "A lo largo del trabajo de campo, el etnógrafo es el principal instrumento de análisis de la cultura, siendo la observación participante un "conjunto acto recíproco", un continuo dialogo intercultural e interpersonal, donde se da un intercambio entre las perspectivas emic (la del investigado) y etic (la del investigador)" (Aguirre, 1995: 14).[2]

Cabe precisar que nuestros informantes son un hombre y una mujer. Ambos informantes accedieron a darme la entrevista con tal de que omitiera su nombre de pila, quedando como anónimo el testimonio. Por ello, al primero de nuestros informantes lo llamamos Javier y al segundo Patricia.

---

[1] "La etnografía [o trabajo de campo] es el estudio descriptivo de la cultura de una comunidad, o de alguno de sus aspectos fundamentales, bajo la perspectiva de comprensión global de la misma" (Aguirre, 1995: 3).

[2] Las siete etapas del trabajo (1 pregunta inicial. 2 exploración. 3 problemática. 4 estructuración del modelo de análisis. 5 observación. 6 análisis de la información. 7 conclusiones), que guiaron la investigación se encuentran concatenadas con los tres principios (Ruptura, estructuración y comprobación) fundamentales que toda investigación debe respetar (Bourdieu et al., 2008; Quivy y Campenhoudt, 2009).

Javier es un joven de 23 años, quien trabaja como peluquero en Villahermosa, Tabasco. Se eligió a Javier como informante, porque tiene una visión específica acerca del contexto social en el que se consumen las bebidas embriagantes y otras drogas entre la población en el llamado Edén mexicano.

Cabe puntualizar que las dos entrevistas que se le realizaron a Javier (el 10 y 17 de septiembre de 2018) fueron en la División Académica de Ciencias Sociales y Humanidades de la Universidad Juárez Autónoma de Tabasco.

Patricia, por su parte, es una mujer de 46 años, quien labora como vendedora informal en Bacalar, Quintana Roo. La elección por Patricia como informante es por la visión global que tiene sobre el uso de alcohol, porque ella ha padecido desde su niñez, una situación de vulnerabilidad social que la ha obligado a pensar sobre las implicaciones que se tiene cuando se consume alcohol u otra sustancia psicoactiva.

Las dos entrevistas que se le hicieron a Patricia (el 22 y el 29 de octubre de 2018) fueron en el negocio donde labora, mismo que se localiza en el mercado municipal de Bacalar, Quintana Roo.

De manera general, podemos decir que los dos informantes son de escasos recursos económicos, con una limitada formación académica, con una alta marginación social, que ambos tuvieron descendientes a muy temprana edad, que viven en colonias populares, donde se carece de servicios públicos básicos como son agua, drenaje, alumbrado, pavimentación, etcétera. Y aunque viven en entidades diferentes comparten problemas sociales, económicos y familiares. Por ejemplo, Javier pasa por problemas económicos, porque desde hace 8 años que tuvo a su hijo no cuenta con el apoyo que le brindaban sus padres cuando era estudiante. Esta situación lo orilló a aprender a cortar el pelo y trabajar como peluquero en el mercado José María Pino Suárez, en Villahermosa, Tabasco. En cambio, los problemas económicos de Patricia los padece desde que nació, porque siempre ha vivido económicamente limitada. Tal situación es percibida por ella como algo "normal", como algo "inherente" a su vida.

Antes de iniciar con el relato de nuestro primer informante, pretendemos que quede muy claro que los testimonios que a continuación se presentan, recogen la narración de la experiencia vivida de cada uno de ellos sobre cómo han socializado y experimentado la ingesta de bebidas embriagantes en los lugares donde han crecido.

Las entrevistas fueron transcritas tal y como se escucha en la grabación original, porque nuestro objetivo es conocer la "realidad" de una persona a través de "sus propias palabras", para "comprender" su visión personal. Por ello, nos centramos en un aspecto concreto de la vida de estas personas, es decir, se trata de aprender sobre lo que es importante en la mente de nuestros informantes: sus significados, sus perspectivas y sus definiciones, el modo en que ellos perciben, clasifican y experimentan el mundo que los rodea.

Por último, es importante mencionar que hay dos grandes aspectos que nos interesó recoger de la historia de vida de nuestros informantes:

1) La manera en cada uno describe los acontecimientos concretos que consideran de interés, siguiendo una cronología de los hechos, de una forma descriptiva y pormenorizada (el relato de su niñez, la descripción de los problemas familiares, el contexto sociocultural, la forma de socialización, la manera de expresarse, etcétera).
2) La forma como interpretan cada uno de ellos estos u otros acontecimientos o conceptos más generales, es decir, su mentalidad, su pensamiento, su opinión sobre las cosas (por ejemplo, sobre la ingesta de alcohol, su noción sobre los problemas, las dificultades de relacionarse, los costos sociales por beber alcohol, etcétera).

Estos aspectos nos facilitaron, en primer lugar, hacer una serie de comentarios que enriquecieran el resultado del tratamiento del texto transcrito en la entrevista. En segundo lugar, nos permitieron proporcionarle al lector algunas herramientas cualitativas con las que pueda construir un marco referencial, tal vez distinto o similar al expuesto en esta investigación.

PRIMERA HISTORIA DE VIDA.

Me llamo Javier. Actualmente tengo 23 años. Nací en el Estado de México. A los nueve años llegué a vivir aquí a Tabasco. Nos venimos a vivir a Tabasco por el trabajo de mi papá. Lo mandaron del Gobierno Federal a trabajar aquí y nos venimos todos para acá. Mi papá, mi mamá y mis hermanos mayores, uno de 28 años y la otra de 25 años. En un principio llegamos a vivir a un lugar que se llama Parilla. Mi papá se iba a trabajar y mi mamá, como es ama de casa, comenzó a dedicarse en sus ratos libres al estilismo, a pintar uñas, a cortar el pelo, a hacer tintes. Mis hermanos y yo estudiábamos.

Cuando llegamos a Tabasco, lo que más me costó trabajo fue adaptarme al clima, era muy difícil acostumbrarme, hasta la fecha. Lo otro que era complicado era comprender la forma en la que habla la gente, lo que come, hasta la forma de jugar. Nos parecía extraña la manera que tienen de relacionarse con los demás. No entendíamos muchas cosas, tal vez porque no estábamos abiertos a comprender la forma en la que viven.

Recuerdo que cuando llegamos a Tabasco, me incorporé al tercer grado de primaria para continuar mis estudios. La escuela primaria donde estudié es la Carlos Pou González.[3] Comencé a relacionarme con niños de mi edad, pero que tampoco eran de Tabasco. Era una forma de aprender a estar juntos para socializar con niños que son de Tabasco. Empecé a juntarme con niños de Tabasco, cuando mis padres me inscribieron para tomar cursos de pintura en el CEIBA.[4] Después llegó a Parilla un programa cultural que se llamó Alas y Raíces, donde hacíamos títeres y otras cosas. Ahí también socializaba con niños de Tabasco. Luego comencé a jugar fútbol en los campos de Parilla y muchos de los compañeros son de Tabasco. También cuando acudíamos los domingos a la iglesia convivía con mis amigos. Así me integré con los niños tabasqueños de mi edad.

Cuando tenía 12 años, ya me gustaba mucho Tabasco. Me gustaba cómo representaban la cultura ambiental, de los jaguares, de los animales, en las clases de pintura dibujábamos al macuilí.[5] Cuando salíamos a recorrer los campos en bici, veíamos gavilanes, iguanas, garzas, una cantidad de animales preciosos. En ese entonces, los padres no se preocupaban tanto por nosotros, porque nos fuera a pasar algo, era un lugar muy seguro, no como hoy, lleno de violencia por todos lados. Antes había eventos de música, la feria era muy bonita, recuerdo que de niño vi el Holiday On Ice, un espectáculo con delfines, muchas de las actividades eran gratuitas.

Como me gustaba mucho la naturaleza, mis padres me dieron la oportunidad de elegir la secundaria para continuar con mis estudios. Estaba la secundaria de Parilla, la secundaria de Playas del Rosario y una más adelante, en una ranchería que se llama La Huasteca, ahí estudié en la

---

[3] La escuela primaria Carlos Pou González se localiza en avenida Juan XXIII No. 134, Parrilla 1ra. Sección, Villahermosa, Tabasco.

[4] El 24 de octubre de 1985 abrió sus puertas el Centro de Estudios e Investigación de las Bellas Artes (C.E.I.B.A.), con el objetivo de proporcionar diversas actividades artísticas que enriquezcan a la población tabasqueña. El C.E.I.B.A. se ubica en periférico Carlos Pellicer Cámara No. 111, Colonia Guayabal, Villahermosa, Tabasco.

[5] El Tabebuia rosea es un árbol nativo de las selvas mesoamericanas que llega a crecer hasta 30 metros de altura. En Tabasco, el Tabebuia rosea se conoce como macuilí y se dice que estos árboles son el alma primaveral en la entidad.

Telesecundaria Niños Héroes.[6] Fui a ver las escuelas, pero las primeras dos no me gustaron, porque estaban muy rayadas, muy sucias, no me llamaban la atención, porque la primaria en donde estudié estaba bonita, quería algo similar. La Telesecundaria en La Huasteca estaba limpia, pintada, tenía su cancha de fútbol, visualmente me gustó mucho, me atrapó, decidí estudiar fuera de mi colonia, lejos de mis amigos, de mi familia, con tal de estudiar en un lugar que me gustara. Los primeros dos años que estudié en la Telesecundaria vivía en Parilla, porque después mis padres compraron una casa en [Villa] Playas del Rosario y nos cambiamos de casa. Recuerdo que en la Telesecundaria ya tenía muchos amigos que eran de la ranchería o de por ahí cerca. Nos íbamos a los potreros, a las lagunas, hacía cosas que no hacía con mis amigos en Parilla. Era muy diferente la forma de convivir. En Villahermosa me habían enseñado a respetar la naturaleza, a proteger el medio ambiente, pero cuando convives en una ranchería y te das cuenta de que su forma de vida es tan diferente a la tuya, donde la naturaleza es parte de su entorno, porque ves que cazan a los animales, su destreza para atraparlos, incluso para comerlos, fue muy conflictivo para mi persona, porque algo que tenía muy claro era respetar la naturaleza.

Cuando tenía 14 años nos fuimos a vivir a [Villa] Playas del Rosario, estaba por concluir la Telesecundaria, ahora me quedaba más cerca la escuela. Convivía más con mis amigos de la secundaria, me había alejado de mis amigos de Parilla. Era un proceso difícil, porque me alejé de la gente que conocía. Mi socialización para ese tiempo era muy buena con la gente de la ranchería, jugábamos, reíamos, pero cuando regresaba en la tarde a Playas del Rosario no conocía a nadie. Mis amigos estaban en Parilla, pero nunca estudiamos juntos, nos juntábamos porque coincidíamos en las cosas que nos gustaban, como los Xbox[7] que estaban de moda, te metías a la computadora a chatear, jugábamos fútbol, hacíamos otras cosas. Mis amigos estudiaban en escuelas privadas, uno en el Colegio Tabasco[8], el otro en el Colegio Champal[9], aquí en Villahermosa.

En esos años las relaciones familiares no eran buenas. Mis hermanos en sus cosas, mis padres en las suyas, poco o mucho distanciados, pero sí me percataba de las rencillas familiares. Mi papá con sus problemas laborales que se llevaba a la casa, mi mamá pasaba por una depresión que le dio muy fuerte y trataba de resolverla. A pesar de eso, mi madre siempre estuvo al tanto de nosotros, fue lo que la ayudó a salir de la

---

[6] La Telesecundaria Niños Héroes se localiza en la carretera Villahermosa-Teapa Km. 25, en la ranchería La Huasteca 1ra. Sección, en el municipio de Centro, Tabasco.
[7] Xbox fue la primera consola de videojuegos de sobremesa producida por Microsoft en 2001.
[8] El Colegio Tabasco se ubica en avenida 20 de noviembre No. 615, Colonia Sabina, Villahermosa, Tabasco.
[9] El Colegio Champal está en Calle Principal No. 20, Colonia Sabina, Villahermosa, Tabasco.

depresión. Me afectaban esos problemas, de manera particular, en la forma de sentirme, de pensar en qué iba a pasar con mi familia, con mi madre, con mi padre, me ponía triste, pero como tenía mis amigos, esa falta de apoyo, de compresión, de afecto, se compensaba con lo otro.

La socialización en la calle era andar en bici, patinar, ir a la iglesia, mucho de mi tiempo lo pasé en la iglesia, mi madre es muy católica, me llevaba y ahí jugaba con mis amigos, hacían en la iglesia actividades para nosotros. Lo que más nos motivaba era el fútbol. Si ahora usted va, puede darse cuenta todavía que el fútbol es una actividad importante entre los jóvenes de la colonia.

De lo que me percaté cuando salimos de Parilla, fue de que estaba creciendo en comunicaciones, en tiendas, en servicios. Lo primero que construyeron fue el Elektra.[10] Actualmente sigue creciendo Parilla, pero conserva algo del sentido de comunidad, porque las familias que ahí viven son de arraigo. Incluso cuando llegamos a Tabasco rentábamos la planta baja de una casa, porque arriba vivía una familia muy numerosa que conocía a toda la cuadra. La señora de arriba terminó siendo mi madrina de comunión. Era algo muy bonito, porque todos nos conocíamos, eso hacía muy seguro el lugar. Recuerdo que era muy católico, porque siempre participaba en la fiesta más importante de Parilla, que es la del Seminario [Mayor de la Diócesis de Tabasco].

En segundo de secundaria, veía que mi hermano se echaba su chela [cerveza] con sus cuates, pero eran los grandes, uno ni pensaba en eso, en el círculo donde me juntaba éramos puros chavos. Cuando ya tenía 14 o 15 años, pues estaba en tercero de secundaria, nos acabábamos de cambiar a vivir a [Villa] Playas del Rosario, no tenía amigos, no tenía a nadie conocido, en un fraccionamiento nuevo que apenas se empezaba a poblar, no había tiendas, sigue casi igual, pero antes lo veía más solo que ahora. Un día que mi mamá se había ido al D.F. [Distrito Federal hoy Ciudad de México], mi papá no estaba, se había ido a trabajar, miraba por la ventana a los chavos, para ver a quién le podría hablar, con quién podría jugar, vi que en la esquina se ponían a fumar, que se ponían a echar sus chelas [cervezas]. Un día me animé, enfrente de mi casa había un clandestino, como veía que les vendían a los chavos, fui a comprar unos cigarros y una chela [cerveza]. La neta [la verdad] yo compré la cerveza y los cigarros para acercarme a los chamacos. Se dieron cuenta que yo no sabía tomar ni fumar y comenzaron a enseñarme. Nos empezamos a hacer amigos. Hasta la fecha somos amigos. Para ellos también eran sus

[10] Elektra es una tienda departamental mexicana que oferta enseres domésticos, así como transferencias electrónicas de dinero y garantías extendidas, entre otros productos.

primeras veces con el alcohol y el cigarro. Esto fue como dos meses después de haber llegado a vivir a [Villa] Playas del Rosario. Estaba chavo [inmaduro], quería adaptarme al medio. El cigarro no me llamaba la atención, porque mi mamá y mi papá fuman en la casa. Yo tenía dudas con el alcohol, tenía miedo, pero a la vez curiosidad, porque no sabía que se sentía, así fueron las primeras veces.

Continué bebiendo alcohol, porque resulta que mis amigos de Playas del Rosario estudiaban en la secundaria de ahí, pues conocían a todos los chamacos de Playas del Rosario. Entonces nos juntábamos todos, los chamacos y chamacas de la colonia, pues comprábamos los cigarros, las chelas [cervezas], jugábamos fútbol, empezamos a tener novias, era muy distinto que en Parilla y La Huasteca. Luego invité a mi cuate el "Gordo", él venía de Parilla, pues le gustó el desmadre y llegaba primero los fines de semana, luego ya llegaba diario, todos los días eran pedas [borracheras]. Así fue hasta que cumplimos como 18 años, porque nos empezamos a separar, ya no había nada que nos uniera. Con mis amigos de La Huasteca fue algo más difícil, porque mis amigos de Playas del Rosario estaban muy cerca, recurría a ellos con mucha frecuencia, hasta nos bautizamos con una caguama [cerveza], fueron esos vínculos de amistad que perduraron, hasta el día de hoy. En La Huasteca fue más difícil, porque mis amigos de Playas del Rosario comenzaron a inscribirse en la Telesecundaria y me empecé a juntar con ellos, los chavos de La Huasteca me veían mal, me veían como el enemigo número uno, como el amigo no deseado, mis relaciones con ellos terminaron. Ellos [los estudiantes de la Telesecundaria] no querían ser cuates de mis cuates [de Playas del Rosario], ellos querían que yo sólo fuera su cuate, nadie más. Ahí terminó la relación que tenía con los de La Huasteca. Entonces comencé a juntarme más con los cuates de Playas del Rosario, y cómo les acababan de dar las casas del Fraccionamiento "Gracias México", a los papás de mis amigos, les dieron dos, tres casas, entonces tenían una casa sola donde hacíamos las fiestas. Sacábamos de la secundaria a las chavas, nos íbamos por ahí a echar desmadre. En la noche pues igual, el alcohol era el que nos hacía socializar, el que nos hacía soñar, saber que sí podíamos. Ahí [en Villa Playas del Rosario], todo mundo bebe, si sobran los [depósitos] clandestinos, es lo que más hay en la colonia.

Fue hasta que nos cacharon nuestros papás cuando valió verga[11], porque fueron a preguntar a la escuela y se dieron cuenta que no íbamos. Fue entonces cuando regresamos a la escuela a estudiar. En mi caso, como iba bien, pues nada más presenté unos exámenes y ya, los exenté

[11] Expresión coloquial que se utiliza en México, para referirse a una situación en donde es atrapada la persona en flagrancia.

con seis, pero mis cuates no, ellos tuvieron que repetir el año escolar. La relación que tenía con mi maestra de la Telesecundaria era buena, pero se decepcionó mucho, porque me tenía mucha confianza, no sabía por qué dejé de ir a la escuela para andar de desmadroso. Los chavos [estudiantes de la Telesecundaria] les decían a todos que fumábamos mariguana, que fumábamos piedra [cocaína]. Para regresar a la escuela les pidieron a nuestros padres que nos hicieran un antidoping[12], pero no salió nada, no pasó nada. Regresamos a la Telesecundaria y la terminamos.

En la preparatoria, ya no tenía tantas ganas de seguir estudiando, me daba igual donde estudiar. La verdad nunca pensé donde estudiar, ya en mi mente no estaba la escuela. Presenté el examen en el CETIS 70[13], donde habían estudiado mis hermanos y sí quedé, pero ese día me puse una peda [borrachera] con un cuate y perdimos la mochila donde venían los papeles del examen. Cuando fuimos a inscribirnos nos los pidieron y pues no los teníamos, no nos pudimos inscribir. Tuve que buscar otra escuela para estudiar la preparatoria, pero en la única que me aceptaron fue en el Plantel 24 del Colegio de Bachilleres[14], en el turno de la tarde, porque ya no había cupo. Así fue como entré a la preparatoria, fue más por hacerme el paro [el favor] de que entrará a que no estudiará. Cuando ingresé al Bachilleres, pues normal, el primer semestre tranquilo, me gustó la escuela, empecé a conocer chavos más grandes, de otro tipo. Aparte tenía mis amigos y amigas, pero seguía conviviendo más con mis amigos de la colonia. Ya fue como en segundo semestre que comencé a patinar cuando cambié de grupo de amigos, y el nuevo grupo de cuates no tomaba, fumaban mariguana, así que cambié la mariguana por el alcohol. Fue repentino el cambio, no nos dimos cuenta, porque cuando fumé mariguana por primera vez, lo hice con mi cuate el "Gordo" de Parilla, fumamos juntos. Siempre que hacíamos algo nuevo, lo hacíamos juntos. Fue así como bebía con unos y fumaba con otros, lo mismo no lo hacíamos con el mismo grupo. Ya después en la escuela vi que había más gente que fumaba mariguana y me empecé a juntar más con ellos, me llamó más la atención la mariguana, pero el alcohol siempre estaba presente, porque ahí en la colonia cuando comenzaba el desmadre, nos íbamos a las albercas a chupar. Recuerdo que siempre había la casa de un amigo dispuesta para irnos a chupar. A la semana si chupábamos, dos o tres veces.

12 Prueba toxicológica que sirve para detectar el consumo de sustancias psicoactivas.
13 El Centro de Estudios Tecnológicos, Industrial y de Servicios (CETIS) No. 70, se ubica en Avenida Industria Nacional Mexicana No. 504, Ciudad Industrial, Centro, Tabasco.
14 El Colegio de Bachilleres Plantel 24, se localiza en Parrilla II, Carretera Villahermosa-Teapa, Paseo Tropical, Playas del Rosario, Centro, Tabasco.

El espacio donde convivíamos ya era otro, porque conocías a gente más grande, que cuando ibas a conectar [comprar mariguana], tenías que ir a espacios más sucios, más feos, más lejos, a las orillas de las colonias, tienes que fumar en lugares más escondidos, tienes que irte incluso a fumar a los potreros. Al principio era en la escuela, en las casas de los amigos, en el parque, todo más tranquilo, pero después se tornó muy fea la situación. Las personas también eran distintas, porque los amigos de la colonia con los que fumaba eran más tranquilos, pero después era gente ya muy dañada, muy enferma, a la que no le hacías caso, los tirabas de a loco, porque eran malvivientes, hablaban y no articulaban palabras, ni pensamientos, decían cosas sin sentido. Como socializaba en diferentes círculos, conocía a mucha gente, de todo tipo, con ambientes distintos, con personas distintas. A veces estaba con el que robaba, mataba, con el que acababa de salir de la cárcel, hasta con una chica que es de familia, que va a la iglesia cristiana, que parece decente, pero es bien drogadicta.

La preparatoria me encantó, porque era estar informado, estar al tanto de otras cosas, de otros temas. Por lo regular eran temas que me interesaban, me gustaba leer, participar, lo que no me gustaba era escribir, yo tenía mi secretaria, y le decía lo que tenía que hacer, lo que tenía que escribir, por eso creo que tengo mala ortografía, ella pasó la preparatoria porque yo le ayudé con las tareas, con los exámenes, mientras ella chismeaba yo leía, exponía. No sé si está bien decirlo, pero la verdad es que los compañeros de la primaria, de la secundaria, de la preparatoria con los que conviví no leyeron, nunca estuvieron abiertos a participar, a exponer sus ideas, a decir lo que pensaban, pues las clases, por ejemplo, las de secundaria, parecía que nada más iban dirigidas a mí, yo sentía eso, el profesor sólo me preguntaba a mí, en tercero [de secundaria] la profesora me ponía a su lado y me ponía a hacer otras tareas, otros ejercicios, me adelantaba clases, con los profesores en la preparatoria, yo ya tenía ese hábito. Cuando llegaba a la casa y mi mamá veía que no hacía tarea, no se la creía, pensaba que no sabía nada, que era muy flojo. Eso que hacía en la escuela fue lo que medio el espacio para poder hacer mi desmadre, pues mi mamá les decía a todos, "va bien en la escuela", por eso me salía a hacer mi desmadre. Pude haber sido un alumno de excelencia, pero nunca quise, nunca me decidí. Lo que no pensé para entrar a la prepa sí lo pensé para entrar a la universidad, yo quería estudiar química, biología, ingeniería.

Luego vino un episodio que cambió mi vida, porque tuve un hijo. Conocí a mi chica, cuando iba en el Bachilleres, terminando el primer semestre empecé a andar con ella, era muy padre nuestra relación. Ella iba

en otra preparatoria. A ella no le parecía mal que yo tomará, pero cuando comencé a fumar mariguana nuestra relación cambió, porque ya no salíamos tanto, ya sólo salíamos cuando tomaba, cuando íbamos a las fiestas, era algo normal aquí en Tabasco. Ya casi al terminar la preparatoria la embaracé. El problema es que yo me tomaba en serio mis papeles, me tomaba en serio mi papel de estudiante, pero también mi papel de chico malo, por eso me metí en muchos problemas.

Cuando iba a tener a mi hijo, nunca pensé en dejar el alcohol ni la mariguana, a mi lo que me hizo pensarlo fue que un chavo que empezaba a fumar le dijo a su familia que "yo le vendía la mariguana", pues la neta no, yo no vendía, fue a mi casa y me armó un mega desmadre, pues a mí, mi papá nunca me había pegado, pero ese día me pegó. Yo dije ¡ah, no mames! Y entonces mis padres fueron a ver qué pasaba en el Bachiller. Ahí les dijeron que ya había ido la señora aquejarse y que no sabía qué onda con su hijo. A mí me preguntaron ¿Tú quieres ayuda? Les respondí que no. Me decían que me iban a expulsar de la escuela. Luego otra vez me decían ¿Quieres ayuda o quieres salirte de la escuela? Y pues yo en realidad no sentía que tuviera algún problema, aunque ciertamente no era un problema, era otra forma de vivir, un estilo de vivir, ya me había acostumbrado, me gusta, incluso parte de eso lo tengo aún y me sigue gustando, pero ver esa parte de cómo en cierto momento las personas te pueden dañar o te acusan de algo que no haces no me agrada, porque igual la presión social se vuelve muy fuerte.

El hecho de que tú seas un joven distinto en una comunidad como esa, no les parece a los papás de tu novia, no les parece a tus vecinos. A cada rato a tu mamá le están diciendo de cosas, los problemas en tu casa, respecto a ti se vuelven más, porque tus papás se empiezan a dar cuenta, te empiezan a cuestionar, eso hace que te vuelvas más duro, creo que los problemas parten de eso, no tanto de lo que tú hagas, de que te genere un problema, si no es tal la presión por parte de la sociedad que va en realidad a cuestionarte quién eres, que si lo que haces está bien, y yo pues con tal de seguir en la escuela, porque la neta no es que quisiera cambiar, pues le dije a mis padres que sí iba a ir al CIJ [Centro de Integración Juvenil] para chavos con problemas de drogas, así que me canalizaron al que está aquí [en Villahermosa]. Ya iba a venir mi hijo, cuando sucedió eso, fue como en el 2011, pues yo estaba muy emocionado, el tiempo que yo estaba en rehabilitación fue el tiempo en el que mi chava estuvo embarazada.

No lo niego, sí bebo, me volví bebedor ocasional. Ahora lo hago sólo en las fiestas para estar con una nena. Para cotorrearla siempre están

de por medio unas chelas. Cuando me metieron al CIJ, me pasó esta situación con mi familia y pues nunca me había pegado mi padre, menos por algo que no hice, eso como que te harta, decir pinche sociedad, quieren que sea una persona distinta, por qué piensan que estoy mal, si los que están mal son ellos.

Con lo de la escuela me comprometieron a cambiar para seguir estudiando. Como que empiezas a dudar más de ti, y con lo que viene, un hijo, empiezas a pensar que tiene planes de vida, que quieres alcanzar ciertas metas, y pues yo siempre me propuse ciertas metas, decir "si no me pongo las pilas con este pedo que traigo ahorita, la neta es que no voy a ser lo que quiero llegar a ser". Esa parte de responsabilidad me la metieron desde niño, que viera que era lo que me gustaba, yo no quería perderme esa parte, y dije, pero, bueno no, yo sentía que la escuela era mi vía para llegar a esa meta, pues accedí a entrar al CIJ. La cuestión era que cuando entre al CIJ, empiezas a conocer a otros chavos con más problemas, que fuman cocaína, el alcohol y la mariguana son pendejadas, son algo serio, tú dices ¡ah no chingues, está bien cabrona la situación! pues nos volvimos amigos como seis meses que estuve allí, no estuve internado, era saliendo de la escuela, me mandaban acá, pero como era el último semestre de la preparatoria, yo estudiaba en la tarde y me cambiaron en la mañana, para poder ir, entonces ya conocí a más chavos en la mañana, pero como allí tenía amigos que, pues eran muchachos muy tranquilos, en la tarde era salir a echar unas chelas a las albercas o al parque con las chamacas y los chamacos, en las mañanas era ir a comer palomitas a la casa de uno de ellos y a ver una película, hacer chistes, y como sí estaba acostumbrado, porque ya había tenido amigos así, y ya conocía de todo, no era algo que me molestara, así empecé a entrar allí y empecé a conocer gente nueva, gente con la que igual me sentía satisfecho y me sentía que me querían, pues a veces tu sientes que los compañeros si te quieren y siguen siendo tus amigos, pero no solamente en ese ámbito puedes encajar, puedes encajar en muchos ámbitos y en el CIJ fue lo que me hicieron ver, porque ciertamente no dejé ni el alcohol, ni la mariguana, en el tiempo de rehabilitación sí, pero ya después tuve que volver a socializar en Tabasco, cómo vuelves a insertarte con los jóvenes, no hay otra manera.

En el CIJ nos daban platicas y todo eso, y pues más que nada, yo veía el interés que tenía mi familia, pues en realidad sí te pones a pensar en el daño que es para ti, pero que socialmente es para tu familia. Yo creo que allí lo más fuerte que me hicieron ver era que la ayuda era para mi familia, quién era la que se preocupaba, pues tu mamá, quién era la que lloraba, pues tu mamá, quién era la que se iba a enfermar, pues tu mamá, y

cuando neta sí veías que lloraba por ti allí en la casa, hasta te abrazaba el miedo de pensar que tú estuvieras mal, porque ella desconocía lo que yo hacía.

En el CIJ también a los padres los hacen volver a confiar en uno, en algún momento te vuelven a dar su confianza. Yo creo que me hubiera sentido muy mal que a mí, mi mamá no me hubiera dejado ir con mis compañeros de la escuela porque no me creyera, al contrario, hubo esa confianza que requería y lo que pude experimentar gracias a esa confianza, fueron amistades sin necesidad de beber alcohol y eso me ayudó mucho a disfrutar a mis amistades, porque podía tener otro tipo de conversación, para que hablará con las muchachas, con los jóvenes, los maestros, lo bueno es que no te dicen que te desligues de lo que eres, de lo otro sí, que te estás haciendo un mal, eso es lo que quise entender. La neta es que en el CIJ cada quien entiende lo que quiere entender. La neta, mucha banda se enojaba y yo lo que entendía era que tu podías saludar a medio mundo y que si te preguntaban en una fiesta ¿quieres un toque? Tenías que de decir "no, gracias, ahorita nos vemos", así te cortas chido, sin hacer panchos, eso fue lo que aprendí a desarrollar en el CIJ. Cuando llegaba al barrio se ponía feo con los que mercan la droga, porque no estamos hablando de chavos, sino de cabrones feos, malvivientes, narcos, había que agarrarse los huevos, eso me hacía que el barrio me siguiera aceptando, por eso cuando llegaba a mi casa me enfocaba más en la escuela, como ya venía mi niño pues aprendí a trabajar, la cuestión económica me hizo pensar qué vas a hacer, son otras tus preocupaciones, pues aprendí a cortar cabello, más que nada, no porque yo quisiera, sino porque a mí no me daban trabajo ni en un Burger King ni en un McDonald's, ni en un Soriana, pues incluso pensé en lavar baños, no me importaba que iba a hacer, como no me daban chamba en ningún lado, ya no sabía qué hacer, pero cuando salí del CIJ, pues ya había nacido mi chavo y como no me daban chamba, mis papás me daban dinero y me decían que me buscara una chamba, pues entonces la mamá de mi hijo me empezó a presionar, yo creo que presiones normales, cualquier mujer te va a decir que le falta una andadera al niño o que quiere leche, pañales, es natural, pues esa misma presión a mí me hizo cambiar, como había salido del CIJ y no había consumido nada, yo la neta me sentía con mucha energía, como tenía amigos y estos me invitaban a pasar en su casa el 15 de septiembre o Año Nuevo, pues la cotorreaba ahí, en lugares donde había comida, chavas, risa, era lo mismo que el otro ambiente, pero sin alcohol y sin mariguana, como igual me gustaba empezaba a ir a sus fiestas, me empezaba a arreglar distinto, me gustaba un ambiente y otro, claro que te llama la atención, pero la socialización con ellos era muy fácil, entonces empecé a aprender a cortar el cabello, me empecé a insertar en

otro ámbito, porque estuve aprendiendo como dos meses allá en la casa, y dije "bueno, tengo que salir a chambear", yo con mis dos meses me quería ir a chambear, estaba por terminar la preparatoria, hice mi examen para el Instituto Tecnológico de Villahermosa y había quedado, pensaba estudiar algo sobre el petróleo para hacer varo, pensé, el dinero es igual a petróleo, quieres dinero pues estudia algo relacionado con el petróleo, esa era la idea.

En algún momento de mi vida ya me hacía petrolero, entonces me fui a buscar chamba al mercado para pagar mis estudios y tuve la fortuna de encontrarme con mi jefa [la dueña de la estética donde trabajo hasta el día de hoy], le caí bien para empezar, porque decía que yo trataba distinto a los clientes, que no era como los demás ¡ah chinga! me dio la prueba y no la armé, pero me dio la posibilidad de quedarme y aprender, pues me iba apagar y me pagaba por aprender, yo creo que por eso siempre regreso a trabajar ahí para cortar el pelo, porque siento que es mi casa, y me siento como en mi casa, tarde como tres meses en aprender bien, hasta que me dio uniforme. Ya cuando aprendí pues empecé a trabajar y empecé a ganar dinero, me gustaba esa parte, pero ya para esto cuando aprendí, ya había tronado con mi chava, cuando aprendí entre a la universidad, en primer semestre me gustaba y no me gustaba lo que estudiaba, la neta no me gustaba, conocí a unos chavos más grandes, mi hermano estudió allí, todo mundo conocía a mi hermano en la universidad, cuando me vieron me decían que "me parecía mucho a él", me empezaron a decir "Huesito", eso me molestaba porque era la sombra de mi hermano.

Con esta chava nos separamos, nunca vivimos juntos, terminamos la relación y yo me empecé a deprimir. Aparte conocí a otra banda, ellos fumaban un chingo de mariguana en la universidad, me sentía muy mal, estaba completamente deprimido, triste, no sabía qué hacer con mi vida, salía a las dos de la universidad y llegaba a las nueve o diez de la noche a mi casa, porque andaba depre, empecé a chupar mucho, como me sentía triste me ponía pedo, ya ebrio iba a verla, a buscarla, pero no me dejaban verla. Así estuve todo un año, chupando, fumando mariguana, pero chupando y fumando machín, porque esos cuates con los que me juntaba tenían varo, ellos ya trabajaban, ellos no estaban inscritos en la universidad, ellos trabajaban de bomberos o en alguna pendejada que sus papás los habían metido y la neta llegaban con comida, cartones de cervezas, eran chidos, allí te ponías a tomar, a loquear, yo creo que de plano lo que me hizo pensar en cambiar y en dejar el alcohol, así totalmente, fue en parte que podía hacer cosas distintas a ellos, pero siempre me ponía pedo cuando me sentía triste, la cagaba una y otra vez. A veces iba y no me acordada qué le decía a mi chica, pues ella siempre

me rechazaba. Un día estaba tan triste que ya en la peda me puse muy mal y dije "qué quieres", si ya no quiere nada contigo, ya a la chingada, porque si sigues así, te vas a seguir meando, cagando en los pantalones, un día neta si te van a madrear, que puta vergüenza de que no sabes cómo llegas a tu casa, porque la neta, llegaba a la casa y no sabía cómo, eso no me hubiera pasado en otras épocas de mi vida, pero ahora lo hacía porque me sentía mal, agarraba la peda intensa, ya mi loquera no era de disfrutar y al otro día cagarme de la risa de las pendejadas que hacía, sino tener el remordimiento de no saber qué hiciste, y que tu mamá te vea así, en ese momento lo pensé, y dije, "no, esta vida no es para mí", así dejé el alcohol.

Me empecé a programar otra vez, pero esta vez quiero olvidarla por completo, dejar todas esas pendejadas que sufrí por beber alcohol, traté de olvidarla en el trabajo y en la escuela, tanto es así que casi no tomo alcohol. La hierba sí la fumo, pero ya no la fumo en la calle, la fumo en mi casa cuando estoy solo, cuando no tengo cosas que hacer o cuando me quiero relajar. Si voy a trabajar pues no lo hago, no fumo en un mes porque me gusta tener energía, y yo en ese momento decidí que no era bueno ni que tomara. Además, tenía que cambiar la forma en que fumaba, pues fui haciéndome programas en mi mente de lo que iba a hacer. Primero me di de baja del Tecnológico y entre a la UJAT para estudiar la carrera de sociología. Me gustó la carrera, vi que las lecturas las entendía, tal vez no como era, pero sí para que cuando me las explicara el profesor yo tuviera más idea. La sociología es un disciplina en la que puedes investigar muchas cosas que a ti te gustan o de las que sabes. Por eso, a los cuates les platico de muchas cosas, luego me dicen "es que tú conoces de todo", pero lo conozco caminando, porque la neta todo lo que conozco de Villa[hermosa] lo hice caminando, yendo con cuates que antes vivían en Parrilla, que antes vivían en Playas del Rosario. Llego un tiempo en que ya no creía en los grupos de amigos, era como que con este sí me junto y con este no, pero después me aburrí de todos, porque ya lo hacía por hacerlo, no por disfrutarlo, fui modificando esas cosas en la escuela, con mis amigos que no tomaban ni nada de eso, se me hizo más fácil socializar.

En el Tecnológico estudié dos semestres Ingeniería Petrolera, allí ya había nacido mi hijo, el primer año de vida de mi hijo me la pase tomando y yo creo que eso fue lo que me pegó. Yo iba a ver a mi chava y allí estaba el niño. Mi prioridad siempre ha sido el niño, desde que yo me entere que iba a nacer siempre se volvió mi prioridad, tanto, que busqué un trabajo, tanto, que decidí hacer ciertas cosas para sacarlo adelante, porque me dijé "qué tipo de padre vas a ser, qué tipo de persona vas a

ser", se alguien que esté orgulloso de ti, una buena persona, un buen profesionista. Cuando entre a sociología mi hijo tenía un año, ya ahorita tiene 6 años.

De ahí para el real, me he dedicado al trabajo, a la escuela, a rehabilitarme. Todo ese tiempo me las he visto bien difícil con el dinero, el salario no alcanza para nada, es una miseria lo que pagan por estar 10 o 12 horas cortando el cabello. Aquí en la universidad, la socialización es con los compañeros y cuando salgo con ellos muchas veces es a tomar, creo que en otras actividades ya no tomo, sólo en familia y en otros grupos cercanos de amigos, pero por lo regular pues siempre ha sido el alcohol un elemento que está presente en la fiesta en algún momento, pero aprendes a tenerle respeto, pero más que nada a tenerte respeto a ti, qué tanto deseas tú que las otras personas sepan de tu vida, qué tanto te vas a quemar con la banda, porque al final de cuentas pues eso es lo malo, que a veces tomas, te pones bien mal y vomitas, al otro día, en lugar de que tus cuates te digan, estuvo chida la peda, no pues eres la burla, te empieza a causar ciertas incomodidades y experimentar esas cosas siempre es penoso. Pienso que es una mala imagen y más porque eres el papá de alguien, de un niño que no sabe qué onda con su papá. Por eso, me enfocó en mi trabajo, me gusta la escuela, mi familia me quiere, siempre han estado al pendiente mis padres y hermanos. Ahora que veo al Gordo, platicamos de cómo decidimos cambiar, justamente cambiamos cuando decidimos cambiar esa parte del alcohol, esa parte de la mariguana, entendimos que tenía que haber un camino en nuestra vida, decidimos estudiar, trabajar, ser mejores cada día.

Últimamente me he empezado a cuestionar que quiero cambiar mi consumo de mariguana, no dejarlo, pero sí empezar a cultivar mi propia mariguana, empezar a consumirla de otra forma, incluso pues muchos chavos en el barrio se me acercan para pedirme un consejo, se acercan con mucha curiosidad y te dicen "vamos a fumar", lo que yo hago antes de decirles que sí o decirles que no, porque no les digo sí o no, les digo pues si quieres ven otro día, pero les platico todo esto que me sucedió, se las vendó más sufrida, porque en el momento que te toca que te den un primer cuerazo a tus 17 años y que nunca te habían pegado, no te duele el cuerazo, te duele el corazón, en verdad sientes que traicionaste a tu familia, que has decepcionado a quien tú quieres agradar, a los tuyos, a tus padres, por eso trato de ser otra persona, no sólo por mis padres sino por mi hijo.

SEGUNDA HISTORIA DE VIDA.
Me llamo Patricia, soy de Veracruz, del Puerto de Veracruz, ahí nací hace 39 años, nací el primero de enero de 1972. Mi papá se llamó, en paz descanse, Jesús, y mi mamá Hermelinda. Tengo dos hermanos varones y dos mujeres. Yo soy la más chica. La más grande es una mujer, se llama Roxana, de ahí le sigue Rigoberto, Yolanda, Jesús y yo. Todos viven en Veracruz, la única que salió de allá fui yo. Yo nací con toda mi familia, pero se murió mi madre y me fui con mi padre. Mi mamá murió de un derrame cerebral, se muere ella cuando yo tenía seis años y prácticamente quedé sola.

Al morir mi madre mi padre se va al Istmo de Tehuantepec, allá por Oaxaca, por cuestiones de trabajo, porque él era doctor. Entonces me quedé con mi hermana la más grande, pero prácticamente estaba más con mi hermanito [Jesús], pero tiempo después nos vamos con mi papá a Tehuantepec, porque Roxana y Rigoberto ya eran casados. Me voy cuando tenía como ocho años con mi hermanito a Tehuantepec. Y me voy allá, pero me arrepiento de haberme ido, porque sufrí mucho, pues sufrí, porque mi papá ya vivía con otra señora [Ángela], y la verdad yo no sabría cómo explicarte, pero ya había dos niñas [Jazmín y Lizbeth], casi, casi de mi edad, quizás un poquito menor que yo, pero no te podría explicar eso, eran sus hijas, de él, de mi papá, o sea que tenía otra pareja cuando vivía con mi mamá. Con mi mamá estaba casado por todos los derechos. Cuando me fui a vivir con mi papá a Tehuantepec, al principio era muy feliz, pero hay momentos en los que hay que abrir los ojos, y descubro la otra parte de mi papá, a mi edad fue tan doloroso para mí, porque para mí él era una monstruosidad ¿por qué? porque yo lo descubro haciendo cosas que no debía, y eso me empezó a doler en mi alma, pero no entendía qué onda. La señora [Ángela] tenía una sobrina, yo me acuerdo de que él jugaba alrededor de la casa con Carmen, muy bonita ella. De repente oíamos algo e íbamos [las hijas de la señora y yo] a la ventana al chisme ¿y qué es eso? eso me dejó algo mal, estaba con su sobrina de la señora teniendo relaciones sexuales, yo no sabía ni qué onda a esa edad. Ahora lo entiendo y me pega en la cabeza, esas eran las cosas feas, empecé a sentirme mal. Entre lo malo que pasaba con mi papá, con mis hermanas Jazmín y Lizbeth eran cosas buenas, agradables. La señora Ángela [madre de Jazmín y Lizbeth] muy buena gente, pero de ahí cuando ya pasaron los años, yo me metí en la cabeza de por qué ella permitía que mi papá tuviera relaciones sexuales con Carmen. Fue algo muy desagradable para mí, desagradable, sabes por qué, porque yo ya después no quería tener novio, siempre miraba a los hombres con miedo ¿por qué? por mi padre. Yo no sé si juzgar a mi padre, pero a veces me pongo a pensar cosas tan feas, porque yo recuerdo que un día él fue a la cama

donde yo dormía y me dijo "desde hoy yo te voy a venir a visitar", pero para eso ya le habíamos avisado a mi hermana [Roxana] que ya nos fuera a buscar, y mi hermana nos fue a buscar a Tehuantepec. Cuando mi hermana nos fue a buscar, se puso muy contenta cuando le platiqué eso [y mi hermana me dice] "¡qué bueno! antes que pasara una desgracia", y eso Alejandro, eso me marcó mucho, me dejó muy mal, porque lo viví como dos o tres años.

Luego mi hermana Roxana nos llevó con mis tíos a Acayucan [Veracruz], para eso ya tenía como doce o trece años. Entonces, empecé a trabajar, a trabajar, a trabajar, con una viejita [doña Blanca], era de El Salvador, tenía un hotel el "San Carlos", ahí yo lavaba colchas, sábanas y toallas. Me identifiqué con doña Blanca, porque me empezó a querer como a una hija, ahí me celebraron mis quince años, yo trabajaba y dormía en un cuarto que ahí me tenía dado doña Blanca, ahí fui feliz, porque los familiares de doña Blanca eran personas muy buenas. Doña Blanquita era muy buena persona, muy buena persona, porque el hecho de que ahí viviera y ella me estimara, tenía un sueldo también. Y ella me compraba cosas, yo me compraba pantalones, playeras y blusas, pero más me compraba pantalones. Tan presta me estaba pagando doña Blanquita y yo me iba a comprar, y doña Blanquita me decía "está bien hija, está bien hija", y me traía perfumes de allá de El Salvador, y me decía "puedes ir al cine, al parque", ahí viví como hasta los diecisiete años, muy feliz, pero murió doña Blanca.

Al fallecer doña Blanquita, se quedó su hijo como encargado, una persona muy agradable, pero ya no era lo mismo, porque sin ella ya era como que me faltaba algo, a pesar de que ya era viejita, me identificaba con ella, entrábamos a su cuarto, le pintaba sus uñas, y siempre fue muy amable conmigo, y eso yo se lo agradezco a Dios, porque siempre puso personas agradables en mi camino, aunque por dentro Alejandro, si había ese sufrimiento por la carencia de madre y padre ¿por qué yo? ¿por qué a mí?

De ahí, me fui con unos señores que vendían ropa, me invitaron a vender ropa por toda la república [mexicana], y llegué a Sabancuy, Campeche. De diecisiete para dieciocho años. Ahí conocí al papá de mis dos hijos los grandes, ellos son hijos del mismo papá. Fue mi primera pareja, se llama Víctor. Llegué a Sabancuy y lo conocí, él es pescador, nos caímos muy bien, yo salía de trabajar, de vender ropa y me iba con él. Como a los ocho meses de conocerlo fui su novia, porque íbamos a pasear con los chavos a la playa, a las plataformas en las lanchas, no sé, eso a mí me agradó, y a esa edad yo me conservaba mucho Alejandro,

nunca había tenido relaciones sexuales, él fue el primer hombre en mi vida, fue mi primer novio, mi primer pareja, mi primer todo. Recuerdo que Víctor me llevaba pescados, me escogía los pescados más bonitos y me decía cosas muy bonitas. También me decía que él también sufría, que tenía muchos años que no veía a su mamá, por eso llegue aquí [a Bacalar] a vivir con Víctor, empecé a vivir con él como pareja. Cuando llegué a Bacalar acababa de cumplir veinte años, fue muy bonito, rapidito su familia me quiso, hasta la fecha me quieren y me pongo a trabajar en una farmacia con un doctor, nada de drogarme, nunca había tomado, nunca había tomado una cerveza ni un cigarro, a pesar de que yo era muy aventada, nada, hasta aquí era virgen en eso. Vivíamos cuando llegamos en la casa de su mamá, aquí adelante del parque, como a dos cuadras, sobre la quinta avenida. Unas personas muy agradables, viví con ellos como siete años.

Después nació Víctor, mi hijo el más grande, como a los veintidós lo tuve, de Víctor nació Rosa, se llevan como dos años, Rosa tiene veintiuno y Víctor tiene veintitrés. Su padre era un buen hombre, se iba a trabajar a Mahahual [Quintana Roo], y yo me quedaba aquí con su mamá, pero pasó una situación, lo agarró la policía, porque él se involucró en drogas, eso a mí no me gustó, y lo pensé "qué esperanzas voy a tener con el papá de mis hijos", mejor sola y me separé de él, ya tenía casi ocho años viviendo con él, Rosa iba en primero de kínder, tenía como cuatro, cinco años cuando me separé de su papá.

Nos cambiamos cerca de los padres de Víctor, en un cuartillo de por ahí, y me seguí viendo con él, con su papá, como seis meses más, pero ya para terminar, ya relaciones conmigo ya nada, sólo por los niños que los mantuviera y en eso quedamos, y ya, dije "voy a estudiar lo que no estudié", vi las cosas diferentes y lo dejé. En eso conocí, no al instante, como a los cuatro meses conocí al papá de mi hija la más chica [Emily], porque pasaba al kínder a dejar a los niños, y lo conocí, lo conocí y te puedo decir que me enamoré de él. Él estaba solo, y me dijo "pues tengo una casa, te la doy, vente conmigo y te traes a tu familia, todo va a estar bien". La verdad debo estar muy agradecida con él, porque es un hombre muy bueno, un hombre maravilloso, mis hijos lo adoran, a pesar de que está lejos lo adoran, pero él tomaba, a pesar de que él tomaba lo quieren mucho, yo no, nunca me dio por eso, siempre tuve suerte, casi seis años viví con él aquí y nunca tomé. Luego su papá decidió irse al norte, está en Ohio, para ellos su papá es él, se llama Noé.

Después que se fue mi marido a los Estados Unidos, estuve como dos años tranquila, muy feliz, dedicada a mis hijos, pero empecé a probar

las micheladas, que por cierto, me encantan, no te puedo decir que no, las micheladas me encantaron y llegó el momento en que en dos ocasiones ya me sentía tomada, me daba vergüenza, porque ellos [mis hijos] nunca me habían visto así. Entonces yo estaba ese día, recuerdo, desesperada, desesperada ¿cómo iba a llegar a mi casa? si estaba alcohólica, pues no faltó quién, porque nunca me forzaron, y me dijeron "con un pericazo se te baja y al llegar a tu casa ni en cuenta", y dije "pues haber", no, no me gustó, sí lo inhalé, pero no me gustó, no le encontré el chiste, pero sí sentí que se me bajó la peda, ya fue que vine a mi casa, no se molestaron mis hijos. La segunda vez, como al mes lo volví a hacer, y no se molestaron tampoco, igual me lo bajé con cocaína, la tercera vez ya vi caras, y ella [Rosa] me dijo "la primera vez lo hiciste por gusto, la segunda vez también y la tercera ¿por qué?".

Fue un año y medio o dos que estuve tomando, drogándome, pero la coca, el polvo nunca me gustó. No faltó quién me dijera "no, no lo hagas así, hazlo en piedra", eso fue mi perdición, desde que la probé sentí que era para mí, quería fumar, fumar y fumar, empecé a gastarme todo el dinero, si hoy era quincena, le pedía a su papá el dinero para sus hijos, que me lo mandará de los Estados Unidos para sacarlo e írmelo a gastar, írmelo a gastar todo entero hasta no dejar ni un solo peso, terminándose, pidiendo, para comprar más, llegué a prostituirme por estar drogándome, le rogué a quien la vendía, me dejé coger, era una puta, luego hasta me correteaba para que ya no fuera a buscarlo. Luego tenía que venir aquí a la casa y tenía que engañarlos, me robaba las cosas de mi propia casa, todo me robaba, todo, hasta las chanclas buenas me llevaba para venderlas, todo, y mandarlos con su abuela a que comieran, porque yo ya no tenía nada, o mandarlos a pedir fiado. Rosa me decía "ya que usted se gastó el dinero ¿por qué? no va usted con el tendero".

Mi hija Rosa fue la que más, más sufrió, porque el varón, no sé, como que era más duro, y empezar otra vez a engañarlos para irme a drogar, pues en mi pasón tuve que hacer cosas deshonestas, de las peores que una mujer pueda hacer por una dosis o dos, llegar hasta el extremo de prostituirse con quien vendía la droga y deambular en la noche por el libramiento [la carretera federal Chetumal-Felipe Carillo Puerto], no sé si lo conoces Alejandro, a la una, dos de la mañana queriendo encontrar a alguien para que me diera el dinero a como diera lugar, a como fuera, sin miedo, todo eso tuve que vivirlo, de ahí al verme desesperada, desesperada, porque eso me encantó, me gustó, de querer ingerir más, más, más, vender mis cosas, o sea, vender refrigerador, televisión, todo lo que yo había obtenido, un terreno, mi terreno que tenía, uno que me dio su abuela, se lo fui a decir que lo iba a vender, la fui a engañar, que según

por una enfermedad, pero no, me lo fumé, quizás en una semana, sin darles un peso a mis hijos, engañarlos, nunca vine a golpearlos, eso sí, se lo agradezco a Dios. Aquí había una hamaca, me acostaba y me dormía hasta un día y medio, sólo a comer me levantaba y a tomar mucha coca [cola], pero nunca los golpeé, pero sí sentía ese miedo de perderlos. De ahí, al otro día prometer que ya no lo volvería hacer, hincármeles y decirles "se los juro por ustedes", y sólo estaba dos días sobria y al otro ya estaba buscando algo que vender o robar para comprar cocaína, porque lo tuve que hacer, y un as para las mentiras, una reina de las mentiras, una reina para poder robar, fueron pocas veces, pero sí me salieron los robos, irme a drogar allá a los quemaderos que están a un lado del panteón municipal de Bacalar, esa es la parte de mi experiencia con el alcoholismo y la drogadicción, muchísimo sufrimiento.

Yo tenía que tomar primero para después drogarme, yo tenía que tomar, por ejemplo, ahorita que está la feria, buscaba el pretexto y les decía a mis hijos "ahorita vengo, voy a comprar unas tortillas, faltaron las tortillas", y ya me iba, me iba a dos cuadras a donde hay una persona que vende agua purificada y al lado hay una cantina [avenida 5, entre calle 22 y 24], y el chavo es mi compadre, porque hasta eso fui recatada, yo nunca anduve en las cantinas así que digamos, y ya le decía "don Andrés, dígale a mi compadre que me mande una michelada", "¡sale! solo una" "una sí, sí una", ya eran dos, tres, cuatro y cinco, ya que andaba picada me iba al quemadero a fumar piedra, ya después de estar drogándome para bajármela me tomaba una o dos chelas y ya me regresaba a mi casa. Tenía primero que emborracharme para después drogarme y hacer todas esas cosas indebidas, de las cuales, pues hoy las veo feas, porque siempre lo vi feo desde niña y lo tuve que vivir.

El programa de Alcohólicos Anónimos llegó a mi vida un día que vino una amiga, su tía política de mis hijos y me dice "vamos a dar una vuelta", y me empezó a decir "hay un grupo de Alcohólicos Anónimos ahí por el kínder", era el Grupo 23 de Junio, ella sí tenía problemas [de alcoholismo], le digo "pues vamos", y esa vez fue que conocí el programa y me hice miembro del grupo.

Nací en el [Grupo] 23 [de junio], pero de ahí me fui al [Grupo] 20 [de mayo]. Ese grupo me encantó, me encantó conocer a mis compañeros, pero me enamoré de un compañero [Melchor], te puedo decir que me enamoré, porque así yo lo siento, lo empecé a tratar, lo empecé a conocer, y para mí, no sé, empecé a verlo diferente, diferente, y mis compañeros del grupo me dijeron "estás mal, que esto, que el otro", pero a mí nada me importó, nada, pero un día él [Melchor] me puso un

alto y me dijo "yo te quiero mucho, eres una mujer muy guapa, puedes tener al hombre que quieras, pero yo estoy casado y soy tu compañero del grupo, yo soy una persona que te quiere y te quiero ver que no estés tomando, que te estés drogando, tus hijos mira que hermosos están", y siempre dándome por ese lado, al verme yo rechazada, digo "así, eso sí que no, esto no se queda así". Me propuse a que fuera mío, me aferré y él cayó en el juego, tuvimos una relación muy bonita. Te puedo decir que él es un hombre casado y no me importó hacerle daño, aunque la familia no lo sospechaba, después lo sospechaba, no me importaba, ya toda mi dignidad como mujer se vino al suelo, por rogarle a él, por tenerlo a él, hasta que lo logré, según, igual él cayó en ese juego, y empezamos a tener una relación de salir y todo, salíamos del grupo y nos íbamos por ahí, o me traía aquí, a mi casa. Como él tiene familia no me podía dar lo que yo quería, o sea, no monetariamente, sino el tiempo, yo estaba, imagínatelo Alejandro, muy aferrada, muy aferrada, y como había momentos en los que no podía estar conmigo, entonces yo decía "¡ah, bueno! ¿No puedes? Pues a chingar a su madre, hoy me voy a drogar, por ti, por ti hoy lo voy a hacer", y se lo decía, y él me decía "hazlo, el daño tú te lo vas a hacer, yo estoy bien", y es cuando volví a drogarme, a cometer las mismas cosas que ya te platiqué.

Después él ya lo sabía y me decía "sabes una cosa, que esto y el otro, si me quieres regresa al Grupo [20 de mayo], todo va a ser diferente, él me decía cosas, y por él yo regresaba, yo decía "está bien, pero vamos a seguir, sí, sí, sí" y ya me volvía a dar noches robadas, tiempo y todo, y así me integraba otra vez a los servicios de doble A, pero no sentía el programa, yo sólo por él iba al grupo, por estar conviviendo con Melchor, yo llegaba a la sesión y él no estaba, yo sentía una desesperación enorme, le hablaba a su celular y me decía "ya voy, espérame y todo", y la verdad es una buena persona, porque me tuvo mucha paciencia por ese lado, pero todo tiene un límite, yo me seguía drogando cuando él se iba, porque se iba, yo me seguía drogando, yo decía "por él", pero hoy descubro que también era porque me había gustado sentir esa sensación de la droga, del crack. Entonces seguí esa relación con él, pero él me dijo cuando ya toqué fondo "sabes qué, está relación se acabó, has lo que quieras, a mí no me importa, contigo yo ya no quiero nada y si tú quieres algo conmigo vas hacer lo que yo diga", que es estar en el programa de Alcohólicos Anónimos, llevar una vida bien, yo le dije "pues no, a la chingada, yo no voy hacer lo que tú digas", terminamos y más, más, más me voy al fondo, más peor, más peor ya que no tenía ese contacto con él, ya ni hablaba con él, ya ni me contestaba, de hecho, ya ni podía hablarle porque celular que tenía, celular que empeñaba por una o dos grapas de cocaína, o sea, una vida fatal.

Una vez me drogué tanto que tenía una semana que no veía a mis hijos, y cuando llegué a la casa, tan solo de ver la carita de Rosa, se me bajó hasta la borrachera, Rosa me dijo llorando "yo pensé que ahora sí ya no nos querías, porque ahora sí te fuiste cinco o seis días, y yo pensé que ya nos habías abandonado", en eso, sentí algo, muy, muy horrible al oírla a ella, y la abracé y le dije "que nunca jamás volvería a pasar, y que todo iba a cambiar, que gracias por estar aquí en la casa cuidando a su hermanita y pues que la quería muchísimo", y me dijo ella "pues báñate y duérmete", me bañe y me dormí.

Como a los quince días de eso vino Javier, aparte de compañero [en Alcohólicos Anónimos] es mi amigo, y me dice "Paty, hay sesión a la una de la tarde", era un domingo, me dice "vas", le digo "sí voy", pero él no me reprochó nada ni me dijo nada, él sólo me vino a invitar, me dijo "vengo por ti", ¡va! está bien, ese día ya eran casi las doce, y ya me sentía desesperada, desesperada, porque digo "si él no viene", yo me voy mejor a buscarlo, me acuerdo que me iba por allá a buscarlo cuando Javier ya venía, "súbete" me dijo, llegamos al Grupo 23 de Junio y no había nadie, bueno, estaba un compañero que se llama Beto, Javier y yo, Javier sí sabía [lo que me pasaba], pero Beto no, y me invitaron a coordinar la mesa, me dijeron "te toca coordinar", yo sí era inteligente para eso, pero me sentía sucia, me sentía que no lo merecía en ese momento, porque tenía muy poco tiempo de haberme emborrachado y drogado para invitarme a coordinar, para mí es algo sagrado, ellos me animaron, y me aventé y coordiné, y desde ese día hasta la fecha no he dejado de ir, eso fue el 24 de marzo de 2008, y ya desde el 25, 26, 27, empezó a hacer algo hermoso, algo muy bonito, quería estar ahí siempre, me apuraba aquí a hacer la limpieza, si trabajaba en la tienda me apuraba para irme, saber que mi grupo estaba bien, sentir esa necesidad, y ahí fue cuando comencé a sentir el amor por el programa, hasta esas veces, fue donde yo dije "yo no quiero seguir así, hoy ya no, y pedirle a Dios que me sacara del alcohol, aceptar mi derrota, hincármele", porque a pesar que lo había hecho de niña, pues ya después perdí el contacto con Dios, y ahí empecé a sentir el amor nuevamente por Dios, a pesar de ser un poco rebelde, a sentir el amor por la gente, ahora permitir que hablen, porque antes no dejaba que hablaran, ser muy prepotente, a pesar de que no tengo dinero, soy muy orgullosa, es una cosa muy fea, siempre hacía lo que yo quería, por las buenas o por las malas, entonces empecé a practicar el programa de Alcohólicos Anónimos para que se me quitara ese carácter tan feo. Así pasó el primer año, cuando hablé con ese chavo, con ese compañero [Melchor], y hablar las cosas como son, como tenían que ser, de todo, de nuestra relación, el daño que yo le había hecho, y él me decía "perdón por el daño que yo te hice también, pero tú eres muy importante", o sea, es algo muy bonito

tenerlo a él ahora como un gran amigo, aparte mi gran compañero de Alcohólicos Anónimos, cada que hablo con él ya no lo veo con esa morbosidad, pero no te voy a mentir Alejandro, todavía siento algo por él, pero lo tengo guardado, pero gracias a esa persistencia en el programa lo sé trabajar, hoy, por decírtelo a ti, que hoy siento eso, yo ya no me voy a beber, porque antes me lo guardaba, antes me gritaban los compañeros "es que tú te mueres por él", y les decía "no, están locos, no es cierto, que esto y el otro, cómo creen", y era mentira, sí me moría por él, sentía algo más fuerte, más que una adicción hacia él, pero no, no es la palabra correcta, ahora no me acuerdo cómo es, pero hoy nos queremos muchísimo, y casi no hablamos ya de lo pasado, hubo una vez que como al año y medio yo le dije "si volviéramos otra vez", me respondió "ya lo hablamos, no podemos", así llegamos al acuerdo de que no, porque podría hacerme daño a mí, podría volver a recaer.

Aunque a veces sigo de rebelde, hoy en día llevó una vida diferente, gracias al programa de Alcohólicos Anónimos, porque en la literatura te lo prometen y te lo cumplen. Feliz por qué Alejandro, porque hoy ya no le hago daño a mí cuerpo, ya no le hago daño a lo que me rodea, a mis tres hijos, que para mí son mis tres tesoros. Hoy en vez de compartir una cerveza o una droga, mejor comparto con ellos un refresco, una comida, un pastel, los amó, nunca tengo dinero, vivimos con muchas carencias, pero despertar aquí, junto a ellos, aquí cantan mucho los pajaritos temprano, abró la ventana y doy "gracias Dios", hoy estoy aquí conmigo, y veo a mis tres hijos, para mí eso me hace seguir adelante, siento ese amor, amor de verdad.

Hoy me siento muy agradecida con todo lo que me ha pasado hasta el día de hoy, he tenido altas y bajas, he visto la vida muy diferente, he trabajado, hoy sé cómo se gana el dinero, que lo puedo ganar honradamente, me siento satisfecha, le demuestro a mis hijos que el dinero se puede ganar si tú le echas ganas, que de acuerdo a lo que tú trabajas es el salario, que no regalan las cosas y que hay que trabajar todos los días, por ejemplo, hoy ya gané algo de la venta, tal vez mañana no, pero eso se lo debo a Dios, se lo debo agradecer a Dios, porque en esa experiencia tan fea que tuve, estuve a punto de perder a mis hijos, porque estaban un poco más chicos y la gente lo veía, y no faltó quien hablará al DIF. Una vez vinieron del DIF, salió Rosa y les dijo "no es cierto, mi mamá salió a comprar, mi mamá fue a trabajar, mi mamá nos quiere y nos ama", y eso, pues es algo muy bonito. Le doy muchas gracias a Dios, por cuidarnos, porque él nos cuida a todos, pero yo siento que yo soy un milagro para él, y que él me quiso mucho, y él siempre estuvo aquí al lado de mí, a pesar de que ya estaba haciendo cosas deshonestas, le doy gracias

a Dios y me siento feliz al encontrarme hoy donde me encuentro, pobre, pero muy honrada.

EL CONSUMO DE ALCOHOL COMO CONSTRUCCIÓN DE LA IDENTIDAD.

Los relatos de Javier y Patricia hacen referencia concreta a la forma en la que tuvieron contacto por primera vez con las bebidas embriagantes, pero también nos muestran la trascendencia de la ingesta de alcohol como instrumento de socialización primaria para entablar relaciones no sólo con los compañeros de la escuela sino con su sociedad, con su realidad más próxima, aquella que los rodea y los construye como individuos uniformizados por las prácticas culturales que están enraizadas en la sociedad. En otras palabras, en las narraciones de Javier y Patricia nos percatamos de forma explícita en la manera en que se conectan los individuos al mundo socialmente determinado (por ejemplo, el alcohol como base de la socialización entre los individuos), mediante el cual se construye la identidad de cada persona.

Un aspecto relevante que debemos contemplar para la construcción de la identidad en los sujetos contemporáneos en el contexto de las sustancias psicoactivas es que detrás de esa conformación identitaria existe previamente un sinnúmero de connotaciones que encasillan y descalifican al consumidor de drogas como un sujeto inadaptado.

Entre los factores que inciden para la construcción social de los usuarios de sustancias psicoactivas sobresale el que este tópico había sido estudiado únicamente, por quienes lo atienden dentro del campo clínico (psicólogos, psiquiatras, médicos, etcétera), como un problema de salud pública que afecta física y mentalmente a los individuos. Este enfoque médico es observado como un proceso de salud-enfermedad-atención donde se enfatiza lo individual, familiar y social como los condicionantes para el consumo de drogas en los múltiples estratos socioculturales.[15]

> El proceso salud-enfermedad-atención es una construcción individual y social mediante la cual el sujeto elabora su padecimiento, que condiciona los tipos de ayuda a buscar. La percepción de este complejo proceso es personal y subjetiva y solo puede comprenderse contextualizada en el universo de creencias, valores y comportamientos del medio sociocultural de cada persona, así como de las condiciones materiales de vida (Sacchi et al., 2007: 271).

---

[15] En el caso del consumo de alcohol y de las demás sustancias psicoactivas, observamos una "estrecha relación existente entre [el estudio de] las adicciones, de cualquier clase que sean, tanto físicas como psicológicas y sociales, [puesto que estas] requieren de un concepto central para entender al individuo y su conducta como es la identidad" (Ovejero, 2000: 199).

Estas nociones sociales que se han construido alrededor de las drogas y a los usuarios de éstas, también está relacionado con el campo clínico establecido gubernamentalmente, lo que nos ha llevado a pensar que las instituciones de salud pública como las instituciones de salud privada, están más preocupadas por sanar a una sociedad "enferma" que atender de manera integral todo lo relacionado con las drogas (producción, distribución, consumo y regulación) a través de políticas públicas que sean diseñadas y ejecutadas por especialistas que conformen equipos transdiciplinarios.

Cabe precisar que en el campo clínico se piensa de forma tangencial el contexto biopsicosociocultural en el que viven los usuarios de sustancias psicoactivas. Entendiendo a este último como la transdisciplinariedad de diversas ciencias naturales y sociales que estudian el comportamiento humano en interacción (Nateras y Nateras, 1994).

Otro ingrediente que ha incidido en la construcción social de los consumidores de drogas, y de las propias sustancias psicoactivas, son los estereotipos que han creado las industrias culturales como la radio, la televisión, el Internet, las revistas, los periódicos, etcétera, que difunden campañas publicitarias de "sensibilización" y "concientización" con imágenes y discursos patéticos que denigran a las personas.

Muestra de ello, es una nota periodística que publicó el diario deportivo español Marca en referencia a un basquetbolista profesional. El título del artículo es "*Odom, desahuciado: 'Puede morir en cualquier momento, sólo Dios puede salvarle*'".

La redacción de la nota comienza de la siguiente manera: "El futuro cada vez pinta peor para el que fuera dos veces campeón de la NBA, Lamar Odom. Apenas han pasado 10 meses desde que estuviera a punto de perder la vida por una sobredosis en un burdel de Las Vegas y parece no haber aprendido la lección. Su vida sigue rodeada de drogas, alcohol y malas compañías, en una repetición de los pecados que parece guiarle directo al purgatorio" (Marca, 2016).

Entre las fotografías que acompañan la nota periodística está la siguiente:


Fuente: Marca, 26 de julio de 2016.

No olvidemos que en el consumo de cualquier droga (tabaco, alcohol, mariguana, cocaína, etcétera) está implícita la construcción de identidades. En el caso de México, por ejemplo, es muy común construir socialmente a partir de la ingesta de alcohol la masculinidad, es decir, el varón que es más valiente por el sólo hecho de ingerir alcohol, pero si lo hace de manera frecuente, es todavía más valiente, mientras aquel varón que no toma gota de alcohol es considerado un cobarde, una "vieja", un "puto". Esta es una concepción machista de la realidad que permea en todas las clases sociales en el país.

Esta construcción social de identidades representa las diversas formas de comprender la realidad, de cuestionarse el mundo donde vivimos, del que somos parte. Ello se gesta a partir de en una dialéctica entre las percepciones individuales y colectivas instauradas socialmente. Por tal razón, es relevante que conozcamos la parte restante de la versión de los actores sociales que conforman la obra, porque el guion fue realizado con un enfoque unidireccional.

Para esto, tenemos que voltear la mirada hacia posturas sociales (como la sociológica, la antropológica, la histórica, la filosófica, etcétera), que ofrecen nuevos enfoques, con los que se explican los diversos matices del consumo de drogas que en principio fueron estudiados solamente desde el campo clínico. Estas perspectivas nos permiten añadir más actores sociales y nuevos discursos a un guion que está demasiado trillado.

Como lo observó el padre de la sociología francesa, Émile Durkheim (2001) toda institución social es un agente externo al individuo que actúa sobre este deforma coercitiva.[16]

En sentido sociológico, podemos decir entonces, que las instituciones sociales condicionan a los individuos en su forma de pensar, de ver y de actuar. Esto quiere decir que las representaciones sociales de los sujetos están establecidas socialmente por la colectividad.

Sobre esto, mencionan Berger y Luckmann (2006) que la realidad se edifica socialmente a través de la interacción y los juegos del lenguaje; lo social está caracterizado por la producción de símbolos entre los sujetos.

Partimos del precepto de que toda sociedad humana es una construcción del mundo (entendiéndola en términos dialecticos). La sociedad es un fenómeno dialectico en cuanto que es un producto que se revierte sobre su propio autor. La sociedad es un producto del ser humano. Y no tiene ningún otro ser que el que le confiere la actividad y la conciencia humana. No puede existir el creer colectivo fuera de él mismo. El individuo es producto de la sociedad y viceversa. La sociedad está ahí, antes de que cada individuo nazca y continuará ahí después de su muerte. Sin embargo, dentro de la sociedad y como resultado de procesos sociales, el individuo se transforma en sujeto a través de las percepciones sociales (el ser humano vive en un mundo de creencias, aunque ese mundo sea asimilado por los demás de forma diferente, él sabe que este mundo posee tales o cuales características comunes a los demás) (Berger y Luckmann, 2006).

> El sentido (Sinn) se constituye en la conciencia humana: en la conciencia del individuo, que está individualizado en un cuerpo vivo (Leib) y ha sido socializado como persona (…) las operaciones generales de la conciencia a partir de las cuales se construye las múltiples significaciones de la experiencia y de la acción en la existencia humana se pueden observar en la constitución histórico social de la identidad personal (Berger y Luckmann, 1997: 30-31).

El proceso dialectico se gesta cuando el individuo es productor de conocimiento y el mundo social su producto. Este proceso, según Berger y Luckmann, se da en tres momentos: externalización, objetivación e internalización. Sólo podemos alcanzar una visión empíricamente adecuada de la sociedad si comprendemos estas tres etapas como un todo.

[16] “Se puede llamar institución, sin desnaturalizar el sentido de esta palabra, a todas las creencias y a todos los modos de conducta instituidos por la colectividad” (Durkheim, 1997: 23).

La externalización es el proceso por el cual las instituciones aparecen fuera del individuo, "persistentes en su realidad "están ahí", existen como realidad externa, el individuo no puede comprenderla por introspección: debe "salir" a conocerlas, así como debe aprender a conocer la naturaleza. El mundo se experimenta como algo distinto a un producto humano". La objetivación es cuando los productos externalizados de la actividad humana alcanzan el carácter de objetividad. "Los significados se materializan permitiendo que el sujeto se vuelva accesible a los conocimientos de su entorno a las experiencias de su práctica cotidiana". Y la internalización es el proceso "por el que el mundo social objetivado vuelve a proyectarse en la conciencia durante la socialización, aprehensión o interpretación inmediata de un acontecimiento objetivo en cuanto expresa significado, o sea, en cuanto es una manifestación de los procesos subjetivos de otros que en consecuencia se vuelven subjetivamente significados para mí" (Berger y Luckmann, 2006: 81).

Los tres momentos caracterizan simultáneamente a la sociedad y a cada sector de ella. Estar en sociedad es participar de su dialéctica; el individuo no nace miembro de una sociedad nace con predisposición hacia la sociedad y luego llega a ser miembro de esta; el individuo es inducido a participar en esta dialéctica. El punto de partida de este proceso lo constituye la internalización que compone la base, primero para la comprensión de los propios semejantes y segundo, para la aprehensión del mundo en cuanto al creer significativo y social. Esta aprehensión no resulta de las creaciones autónomas de significado por individuos aislados, sino que comienza cuando el individuo asume el mundo en el que ya viven otros. No sólo vivimos en el mismo mundo, sino que participamos cada uno en el ser del otro, es decir, la actividad del ser humano constructora del mundo es siempre inevitablemente una empresa colectiva (Berger y Luckmann, 2006).

Vamos a ejemplificar este razonamiento. Todo infante se incorpora desde su nacimiento –con sus padres y con otras personas importantes con las que interactúa de manera cotidiana– al ámbito de las relaciones sociales. Estas relaciones se transforman progresivamente en actos regulares, directos y recíprocos. En cierto sentido, el niño es incapaz de realizar una acción en la acepción amplia de la palabra. Aun así, como organismo individuado dispone de las capacidades corporales y de conciencia inherentes a la especie humana, las que emplea en su comportamiento frente a los demás. La acción de sus padres o de sus abuelos respecto del infante está determinada en gran medida por esquemas establecidos institucionalmente. El niño aprende, de manera progresiva, a comprender y a entender las acciones de sus contrapartes.

De este modo, es capaz de percibir los actos de los demás como actos típicos a la luz de patrones históricos. Durante este proceso (que Berger y Luckmann designan como socialización primaria), el infante desarrolla progresivamente una identidad personal efímera. Sin embargo, una vez que llega a comprender el sentido de sus acciones y él se considera en principio responsable de ellas, entonces se convierte en sujeto (lo que Berger y Luckmann llaman como socialización secundaria). Con base en dichos autores, eso es lo que constituye la esencia de la identidad del individuo moderno: el control subjetivo de la acción de la que uno es objetivamente responsable.

Sabemos que como personas no entendemos lo mismo ni tampoco interpretamos igual un tema en específico. Por ello, concluimos que las expresiones de los sujetos y la interacción del lenguaje, provoca una construcción de significados muy diversa que se da en torno a las drogas y a los usuarios de estas, incluyendo al alcohol.

El universo social de connotaciones hacia el alcohol y las demás drogas implica que las construcciones simbólicas y los imaginarios colectivos modifiquen los contenidos del significado y significante. En este sentido, los contenidos y formas de expresión están en constante cambio. Esto nos lleva a pensar que toda movilidad social trae consigo una modificación y búsqueda de la identidad de los propios sujetos, así como de la forma en que los individuos razonan y asumen su realidad, su cotidianidad, su vida.

Capítulo V

CENTROS DE REHABILITACIÓN EN MÉXICO

La salud es un estado de completa armonía
del cuerpo, la mente y el espíritu.
Cuando estamos libres de incapacidades físicas
y de distracciones mentales,
las puertas del alma se abren.

Bellur Krishnamachar Sundararaja Iyengar

EL CONTEXTO SOCIAL DE LA REHABILITACIÓN.

Con base en los informes oficiales de las dependencias del Estado mexicano, la ingesta de alcohol se ha incrementado y diversificado de manera significativa, convirtiéndose en un problema de salud pública, que año con año genera altos costos a la economía nacional y repercute directamente en diversos aspectos sociales, familiares e individuales, requiriendo mayor atención por parte de las instancias gubernamentales, para mejorar los servicios y programas de rehabilitación en el país.

Como lo hemos mencionamos a lo largo del libro, el estudio de este fenómeno no es exclusivo del campo clínico, puesto que desde hace años es indagado con una mirada crítica por las ciencias sociales y humanidades, como la antropología, el derecho, la historia, la sociología, la filosofía, etcétera, disciplinas que dan cuenta de los factores biológicos, psicológicos, económicos, políticos, jurídicos, sociales, culturales, etcétera, relacionados con la oferta (producción, distribución, consumo y regulación), como con la demanda de bebidas alcohólicas (uso, abuso y dependencia) (León, 2010).

Sin embargo, son las posturas del campo clínico las que más han sido tomadas en cuenta por los gobiernos y la sociedad, para explicar y dar

respuesta al consumo de alcohol, como de otras sustancias psicoactivas, que el ser humano ha usado a lo largo de la historia.

Para ello, es necesario precisar las diferencias conceptuales entre una teoría[1] y otra, puesto que los enfoques de cada modelo se refieren a los paradigmas de análisis donde se localiza el problema de la dependencia a las sustancias psicoactivas. Las categorías y conceptos cada día son más amplios, en la medida que se han venido desarrollando los métodos terapéuticos, aunque en ocasiones no forman parte del llamado "conocimiento científico", pero en ciertos casos, dichos modelos empíricos son más efectivos que los programas de rehabilitación elaborados por científicos.

De acuerdo con el sociólogo estadunidense Earl Babbie (2011) "los dos pilares de la ciencia son la lógica y la observación. Una comprensión científica del mundo debe (1) tener sentido y (2) corresponder con lo que observamos. Ambos elementos son esenciales en la ciencia y se refieren a tres aspectos principales de la empresa científica global: teoría, recopilación de datos y análisis de datos" (10).[2]

En ese sentido, vamos a comprender que los modelos teóricos están formulados para explicar, predecir y comprender fenómenos y, en muchos casos, para desafiar y extender el conocimiento existente dentro de los límites de las suposiciones limitantes críticas (Abend, 2008).

Al respecto, Flay y Petraitis (1991: 81) señalan que "las teorías o los modelos son abstracciones que nos permiten representar parte del mundo, a través de una estructura más sencilla. Simplifican la toma de decisiones y nos ayudan a predecir el futuro. Lo más importante es que nos ayudan a generalizar desde una instancia, ubicación o grupo a otro." Para ello, se precisa indagar que sus proposiciones se cumplan con evidencia para sostenerlos o descartarlos. En el campo clínico de la ingesta de bebidas embriagantes u otra droga no siempre hay una correlación entre el marco de intervención y la teoría explicativa.[3]

---

[1] "Una teoría es un conjunto de declaraciones sistemáticamente relacionadas, incluidas algunas generalidades, que empíricamente son comprobables" (Rudner, 1966; citado en Flay y Petraitis, 1991: 81).

[2] "En términos más generales, la teoría científica se ocupa de la lógica, la recopilación de datos con la observación y el análisis de datos se ocupa de los patrones que se observan y, cuando corresponde, la comparación de lo que lógicamente se espera con lo que realmente se observa. Aunque la mayor parte de este libro de texto se ocupa de la recopilación de datos y el análisis de datos, lo que demuestra es cómo llevar a cabo investigaciones empíricas, reconociendo que las ciencias sociales involucran los tres elementos" (Babbie, 2011: 10).

[3] "La mayoría de las teorías de las ciencias sociales nos proporcionan declaraciones de orientación (Homans, 1967) sobre los fenómenos sociales más que con leyes estrictamente matemáticas que son más comunes en las ciencias básicas. Estas nos orientan a mirar por determinantes de los fenómenos sociales en ciertos espacios en lugar de otros. Así, cuando se consideran los factores determinantes del consumo de drogas de los niños, los

No obstante, cuando un modelo se estructura en un marco de referencia teórico o empírico, hay probabilidades para que se evalué qué tan eficaz es el programa terapéutico.

Enfoques teóricos.

Desde distintas aristas y con distintos matices, se han realizado diversos enfoques, modelos y teorías, para afrontar, explicar y comprender, la ingesta de bebidas alcohólicas –u otra sustancia psicoactiva– que es percibida como una problemática social que se agudiza en el país.

Con la finalidad de exponer estos enfoques, modelos y teorías sin alteración alguna para su interpretación, retomo de manera fiel la tesis de doctorado *La alcoholización como proceso biosociocultural en comunidades mazahuas del Estado de México* de Beatriz León Parra, quien los expone de forma magistral.

De acuerdo con León (2010) entre los más difundidos se ubican: el enfoque evolucionista, el ético-moral, el legal, el religioso-espiritual, el médico-sanitarista, de riesgo, el psicosocial, el sociocultural y el integrativo. Los planteamientos generales de estas posturas se describen a continuación.

Enfoque evolucionista.

Este enfoque explica el consumo de alcohol desde la consideración de las necesidades orgánicas, sus satisfactores y la adaptación al ambiente. Afirma que el azúcar de la pulpa de la fruta proporciona un incentivo energético a los vertebrados para que consuman la fruta y, en consecuencia, participen más activamente en la dispersión de semillas. El alcohol representa el sustrato alimenticio de la fermentación alcohólica que realizan diversos microorganismos. Así, aunque no se puede considerar al alcohol como un constituyente de las dietas animales, se ha convertido en una molécula de amplia distribución en la dieta basada en frutas maduras que es consumida por aves y mamíferos (Jiménez y Ponce, 2006).

Por ello, los animales que se alimentan de fruta (frugívoros) consumen inevitablemente alcohol de forma regular. Aunque el contenido

marxistas buscan las causas en la estructura económica de la sociedad en lugar de buscarlas en el desarrollo individuo; biólogos (y muchos con formación médica) pueden buscar respuestas en las determinantes genéticas; los sociólogos miran patrones de interacción social y las influencias de padres, compañeros y de la propia publicidad; los psicólogos miran a la personalidad y a las áreas cognitivas. Todas esas declaraciones orientadoras y las teorías derivadas de ellos pueden ser plausibles, y no son mutuamente excluyentes (Biglan y Lichtenstein 1984). Cualquier vista dada de la realidad refleja tanto la perspectiva teórica o métodos del observador como lo hace el objeto que se está viendo (Campbell 1969). Sin embargo, una perspectiva puede ser más útil que otra en aplicaciones específicas" (Flay y Petraitis, 1991: 81-82).

real de alcohol en las frutas silvestres y en sus ambientes naturales es relativamente bajo (0.6%), comparado con la concentración de alcohol que puede alcanzarse en frutas procedentes de la agricultura y en cuyos residuos fermentados puede llegar hasta un 12% de etanol, no debe desdeñarse el efecto que provoca en determinados organismos en el contexto evolutivo (*Ídem*).

De manera constante en la escala geológica se ha probado el consumo regular de etanol en los frugívoros; por tanto, es de esperarse que se hayan inducido y producido cambios adaptativos a esta sustancia en diferentes grupos animales a lo largo de su proceso evolutivo. "Las interacciones co-evolucionarias entre plantas y animales dispersadores de semillas se han dado desde el Mesozoico tardío, es decir, a lo largo de 80-90 millones de años" (*Ídem*: 452).

La presencia de alcohol (a manera de toxina, en bajas pero regulares dosis) en la alimentación frugívora dentro de un grupo de nutrientes básicos, ha generado cambios biológicos y conductuales adaptativos que coadyuvan a enfrentarse al *continuum* nutriente-toxina. Ante esta situación, se supone que, las bajas concentraciones del tóxico (alcohol) son benéficas para el organismo, mientras que las elevadas concentraciones de alcohol resultan perjudiciales.

> Un ejemplo de lo anterior se ha demostrado en la fruta Drosophila. Las larvas de moscas de este género viven en la fruta madura y fermentada, metabolizando no sólo los azúcares de la fruta, sino también las levaduras, así como el etanol producido por las levaduras. De forma consistente con la expectativa evolucionista de la interacción organismo-toxina, la longevidad de la Drosophila aumenta cuando encuentran sustratos nutricionales fermentativos que presentan concentraciones bajas de etanol y aldehído, mientras que disminuye cuando encuentran concentraciones excesivas de alcohol; no sólo la longevidad, sino también la fecundidad de la Drosophila aumenta en presencia de vapores con bajas concentraciones de etanol (*Ídem*: 465).

En humanos, diversos estudios epidemiológicos sugieren que existe una reducción sistemática del riesgo cardiovascular y de la mortalidad en determinados grupos poblacionales cuando consumen bajas cantidades de alcohol, tanto en comparación con quienes beben cantidades elevadas, como en relación con los abstemios (Jiménez, 2002).

> Se sabe que los humanos derivan de un linaje de primates predominantemente frugívoros, con dietas basadas en la fruta desde hace al menos 24 millones de años, y que es a lo largo de los dos últimos millones de años cuando este linaje amplió sus fuentes de nutrientes incorporando alimentos de origen animal y vegetal, aunque las frutas y los

> carbohidratos continuaron siendo el mayor componente de la dieta en las sociedades recolectoras-cazadoras (Jiménez y Ponce, *op. cit.*).

Una consecuencia de la dieta frugívora ancestral es la desarrollada capacidad para catabolizar el etanol. Este metabolismo implica la oxidación del etanol mediante la alcohol-deshidrogenasa y su transformación en aldehído, el cual es degradado posteriormente a acetato por medio de la aldehidodeshidrogenasa hepática. Las variaciones en los genes de las enzimas ADH y ALDH humanas, al igual que ocurre en las especies de Drosophila son sustanciales para presentar una mayor facilitación o aversión ante el consumo alcohólico. Por otra parte, la persistencia en la evolución de variantes genéticas facilitadoras del desarrollo de un trastorno suele deberse a que también representan una ventaja evolutiva para los portadores de esas variantes genéticas. En el caso de las variantes genéticas que facilitan el consumo de alcohol están aquellas que permiten obtener ventajas de la presencia de alcohol en el ambiente (*Ídem*).

> Varias podrían ser las ventajas de desarrollar una sensibilidad especial a los efectos "adictivos" del alcohol. El nivel adictivo de una sustancia se basa en su capacidad para comportarse como un refuerzo, lo que implica un esfuerzo para volver a conseguirla en el futuro (conductas de preferencia de lugar o condicionamiento de estímulos neutros, que en lo sucesivo son más eficientes en la búsqueda de la sustancia). Aquellos animales más sensibles al alcohol encontrarán con mayor facilidad la fruta y tenderán a establecerse en zonas más ricas en cuanto a la existencia de frutas con alto contenido de alcohol y que serán también las más ricas en carbohidratos. Por otra parte, la capacidad del alcohol para inhibir la saciedad permite incrementar la cantidad de fruta consumida en un medio en el que se compite con otros miembros del grupo, otras especies de frugívoros e incluso, con los microorganismos responsables de la fermentación que, rápidamente destruirían su valor nutricional (Jiménez y Ponce, *op. cit.*).

Estas posibilidades se apoyan en las diferencias de la capacidad para metabolizar el alcohol y, probablemente, también en diferencias en la sensibilidad que los sistemas cerebrales presentan ante los refuerzos inducidos por el alcohol.

> La existencia de diferencias adaptativas en los sistemas cerebrales de recompensa (específicamente en el sistema dopaminérgico), dan pauta a una mayor sensibilidad ante los efectos adictivos de las sustancias tóxicas de abuso (*Ídem*).

El sistema dopaminérgico está implicado no sólo en los procesos de dependencia; también lo está en una amplia gama de tendencias

conductuales y disposicionales que contribuyen a la variabilidad caracterial.[4] Por ello, los estímulos ambientales (y no sólo los naturales) pueden premiar y seleccionar determinadas variantes genéticas relacionadas con el sistema dopaminérgico que pueden inducir el desarrollo de actitudes de personalidad facilitadoras de ese rasgo.

Lo anterior conduce a suponer que algunas variaciones del funcionamiento del sistema dopaminérgico, seleccionadas por su influencia sobre determinadas actitudes disposicionales y por una sensibilidad especial ante los efectos adictivos de sustancias como el alcohol, y ante la ausencia de mecanismos de control, terminan induciendo el desarrollo de un alcoholismo evolutivo y/o genético familiar.

Enfoque ético-moral.
Considera el problema del consumo de alcohol desde una perspectiva ética determinada por la idea del orden social y las perspectivas características del dominio público y del privado, en los que el sujeto actúa mediante la incorporación de juicios de valor sobre "lo bueno" y "lo malo" (CIJ, 2009b).

Las conductas se rigen por el componente moral, con sus sanciones correspondientes, a partir de los deberes y derechos de los individuos y de la colectividad.

Enfoque legal.
Concibe al consumo de alcohol desde las restricciones y sanciones que existen alrededor de esta práctica (*Ídem*).

Las acciones de atención se orientan a la reducción de la oferta, pero también se recurre a la información para que los individuos conozcan las consecuencias del uso o regulación de bebidas, evitando, en lo posible, la penalización que establece la ley.

Enfoque religioso-espiritual.
Parte de la concepción de elementos comunes en la vida espiritual de cada individuo, lo que determina la actitud de los sujetos y su comportamiento frente al consumo de bebidas alcohólicas. Esta perspectiva también se caracteriza por disponer de sanciones y recomendaciones matizadas por la moral sobre el uso y abuso de bebidas alcohólicas (*Ídem*).

---

[4] Se ha propuesto, por ejemplo, que la extroversión y su variabilidad son resultado de un patrón comportamental de afrontamiento y respuesta ante los estímulos destinados a provocar respuestas motivacionales, estrechamente relacionadas con los sistemas que median las respuestas incentivadas.

Cada concepción religiosa y/o espiritual tiene sus propios parámetros de comportamiento, que inciden de manera directa en la vida cotidiana de los sujetos y en su consumo.

Enfoque médico-sanitarista.
Considera las relaciones existentes en la triada: agente, huésped y ambiente. Se concibe a la bebida alcohólica como el agente que induce la enfermedad en presencia de un estado de susceptibilidad del individuo (huésped), el cual se inserta en un entorno o ambiente que favorece el consumo (*Ídem*).

El abuso se entiende como una patología, que de forma similar a lo que sucede con otras enfermedades, presenta estadios (historia natural de la enfermedad), que pueden culminar con la interrupción del consumo, las recaídas o la muerte.

Las acciones se orientan a educar a la población para crear conciencia sobre el consumo y sus repercusiones. También se incluyen estrategias para mejorar el estado de salud mental de la población, a través de la detección e intervención temprana.

Enfoque de riesgo.
Deriva de la epidemiología, la salud pública y la psicología social. Considera a los factores que incrementan o disminuyen la probabilidad de desarrollar problemas asociados al consumo (*Ídem*).

Plantea que las adicciones son procesos prevenibles, cuya génesis se facilita o se detiene en función de la presencia o ausencia de factores de riesgo y factores de protección. Sus acciones se orientan al reconocimiento de los riesgos y al fortalecimiento de los factores protectores en un ámbito ecológico que incluye a la familia, la escuela, la comunidad y la sociedad en su conjunto.

Debido a que el objeto de estudio son las poblaciones más que los individuos, las intervenciones se orientan a mejorar las condiciones que promueven los factores de protección y disminuyen los de riesgo entre los grandes grupos o sectores poblacionales.

Enfoque psicosocial.
Se fundamenta en la interacción dinámica entre la conducta del individuo, otros sujetos y el ambiente (*Ídem*).

El objeto de interés se concentra en el individuo sin focalizar el tipo de consumo. La relación de los sujetos con el alcohol indica la presencia de síntomas individuales de comportamientos de abuso y dependencia.

Enfatiza medidas tendientes a fortalecer la resiliencia, entendida como la capacidad de los sujetos más vulnerables, para desarrollar mecanismos que les permitan enfrentar exitosamente situaciones ambientales adversas.

Enfoque sociocultural.
Aborda el consumo de bebidas alcohólicas a partir de la organización social y la cultura, las cuales, junto con las estructuras económicas, son determinantes de los procesos, vínculos y costumbres que se gestan en los individuos y en la colectividad (*Ídem*).

En este sentido, el consumo abusivo de alcohol puede explicarse como una expresión del malestar de los individuos, ante entornos o hechos que no les son favorables o que no les permiten cubrir sus necesidades biológicas y sociales básicas.

Enfoque integrativo.
Ubica las diversas aproximaciones conductuales, sociales y biológicas que convergen en una perspectiva amplia y con elementos complementarios (*Ídem*).

Conceptualiza al consumo de alcohol como un problema de salud pública, que requiere de intervenciones desde la oferta y la demanda. Considera las variables de riesgo y de protección, así como las incidencias ambientales en la ocurrencia del riesgo. Parte de los enfoques de la teoría general de sistemas, porque al tratarse de una aproximación global, las ciencias rigurosas y exactas como la medicina y las matemáticas convergen estrechamente con las ciencias humanas como la política, la sociología, la psicología, la antropología y la ecología.

Al desarrollar principios unificadores que atraviesan verticalmente los universos particulares de las diversas ciencias involucradas, se produce una aproximación multidisciplinaria al consumo de alcohol.

Modelos explicativos.
En los últimos años, en el campo de las ciencias aplicadas ha habido una evolución en lo que se ha denominado "evidencia científica" (Labrador, Echeburúa y Becoña 2000), que se ha reflejado al campo de la salud, las

ciencias sociales y otras actividades humanas. Esto está llegando también al estudio de las adicciones, donde se incluye el uso de tabaco y/o alcohol. Lo que subyace es que debemos utilizar marcos de referencia que tiene una fundamentación teórica congruente y una base empírica basada en la evidencia científica tanto para explicar el fenómeno como para diseñar intervenciones al respecto.

Para explicar el consumo de alcohol como un problema, se han propuesto una serie de modelos y teorías que pueden ser parciales (basados en componentes específicos), evolutivos (de estadios) o integrales (comprensivos), tal como se ilustra en la Tabla 20.

Tabla 20. Teorías y modelos explicativos del consumo de alcohol
I. Teorías parciales o basadas en pocos componentes
1. Teorías y modelos biológicos
1.1. La adicción como un trastorno con sustrato biológicos
1.2. La hipótesis de la automedicación
2. Modelo de creencias de salud y de competencia
3. Teorías del aprendizaje
3.1. Condicionamiento clásico
3.2. Condicionamiento operante
3.3. Teoría del aprendizaje social
4. Teorías de actitud-conducta
4.1. Teoría de la acción razonada
4.2. Teoría de la conducta planificada
5. Teorías psicológicas basadas en causas intrapersonales
5.1. Del modelo de mejora de la estima de Kaplan *et al.* (1996), a la teoría integrativa de la conducta desviada de Kaplan (*op. cit.*)
5.2. Modelo basado en la efectividad de Pandina et al. (1990)
6. Teorías basadas en la familia y en el enfoque sistémico
7. Modelo social de Peele (1990)
8. Otros modelos teóricos
8.1. Modelo de Becker (1997)
8.2. Modelo de Burgess (Citado en Becoña, 1999)
8.3. Modelo de afrontamiento del estrés de Wills (1986)
II. Teorías de estadios y evolutivas
1. Modelo evolutivo de Kandel (1992, 1996)
2. Modelo de etapas motivacionales multicomponentes de Werch y Diclemente (1994, 1983)
3. Modelo del proceso de reafirmación de los jóvenes de Kim *et al.* (1989)
4. Teoría de la madurez sobre el consumo de drogas de Labouvie (1996)
5. Teoría de la pseudomadurez o del desarrollo precoz de Newcomb (1996)
6. Modelo psicopatológico del desarrollo de Glantz (1992)
7. Modelo de enfermedad del desarrollo psicosocial de la dependencia de drogas de Chatlos (1996)
8. Teoría de la socialización primaria de Oetting *et al.* (1998)
III. Teorías comprensivas
Modelo de promoción de la salud
Teoría del aprendizaje social y teoría cognitiva social de Bandura (1977)
Modelo del desarrollo social de Catalano, Hawkins *et al.* (1996)
Teoría interaccional de Thornberry (1987, 1996)
Teoría de la conducta problema de Jessor y Jessor (1977)
Teoría para la conducta de riesgo de los adolescentes de Jessor (1991)
Modelo integrado general de la conducta del uso de drogas de Botvin (1999)
Modelo de estilos de vida y factores de riesgo que lo condicionan de Calafat *et al.* (1995, 1992)
Teoría de la influencia triádica de Flay y Petraitis (1995)
Modelo de autocontrol de Santacreu *et al.* (1991, 1992)

Fuente: León, 2010, p. 69.

I. Teorías parciales o basadas en pocos componentes.

1. Teorías y modelos biológicos.

1.1 *La adicción como un trastorno con sustrato biológico*. Una de las explicaciones que ha estado siempre presente para entender o explicar la causa de un trastorno, sea físico o mental, es que el mismo es una consecuencia de un déficit biológico, una causa genética, una lesión, o una alteración cerebral que es responsable del mismo. En el consumo de alcohol es fundamental el papel que esta sustancia produce en el cerebro y en los restantes órganos corporales. Sin embargo, esta explicación se torna reduccionista si la causa, o la principal causa del abuso se reduce a la explicación exclusiva por causas biológicas, o al mero efecto del funcionamiento cerebral como consecuencia de la ingestión de etanol (Becoña, 1999).

1.2 *La hipótesis de la automedicación*. Sostiene que gran parte de los individuos que desarrollan trastornos por abuso de alcohol, lo hacen porque sufren trastornos endógenos con sustrato biológico que directa o indirectamente, le abocan al consumo de alcohol como forma de auto tratamiento. Por tanto, en muchos de ellos, el intento repetido de orientarlos a la abstinencia, después de varias tentativas fallidas de desintoxicación se puede calificar, desde este punto de vista como inútil, contraproducente, frustrante o peligroso (Casas, Pérez, Salazar y Tejero, 1992). Esta hipótesis se fundamenta por una parte en el descubrimiento de los receptores opiáceos en el Sistema Nervioso Central (SNC) en 1973, de sus ligandos endógenos específicos (inicialmente denominados encefalinas, después endorfinas y actualmente opioides o péptidos opioides), que con cualquier sustancia tóxica producen algún efecto en el SNC.

2. Modelo de salud pública, de creencias de salud y de competencia.

Desde la Salud Pública, la enfermedad (dependencia de alcohol) es la consecuencia de la relación recíproca entre el huésped (individuo), el ambiente (medio biológico, social y físico) y el agente (bebidas alcohólicas). Desde las creencias de salud (Becker y Maiman, 1975) son elementos fundamentales la susceptibilidad, la severidad, los beneficios y las barreras percibidas. La susceptibilidad se refiere a las percepciones individuales de la vulnerabilidad personal a enfermedades o accidentes específicos. La naturaleza (percepción de susceptibilidad) y la intensidad (severidad percibida) de estas percepciones pueden afectar de manera importante a la hora de adoptar o no una conducta concreta. La combinación de la susceptibilidad y severidad se conoce como amenaza (Rosenstock, Strecher y Becker, 1994). El modelo de competencia, basado en la psicología comunitaria, encierra perspectivas prometedoras para el

logro de muchos de los objetivos de la salud pública y comunitaria. La clave de este modelo es intervenir anticipándose a los problemas para evitarlos, más que tratar de ayudar a los sujetos a superar los problemas (Costa y López, 1998; Winett, King y Altman, 1991).

3. Teorías del aprendizaje.
Explican la conducta de consumo como un fenómeno de adquisición de conocimientos, que sigue las leyes del condicionamiento clásico, operante y aprendizaje social.

3.1 *Condicionamiento clásico*. Es un tipo de aprendizaje que consiste en aparear un estímulo neutro (toque de una campana) con un estímulo incondicionado (comida) que produce una respuesta refleja (salivación). Este estímulo neutro, en el proceso de condicionamiento, recibe el nombre de estímulo condicionado. Después de que el estímulo condicionado es seguido repetidamente por el estímulo no condicionado (en el ejemplo, toque de una campana-comida), la asociación entre ambos se aprende. Luego, el estímulo condicionado por sí solo producirá una respuesta, que se llama "condicionada" (salivación), sin estar presente el estímulo incondicionado (comida). Esto es, una vez establecido el proceso de condicionamiento se salivará ante el toque de la campana sin estar presente la comida. En el condicionamiento clásico los nuevos estímulos obtienen el poder de producir la conducta respondiente. Es uno de los modos en que aprendemos distintas conductas, desde los estímulos incondicionados innatos como son la comida, la bebida y el aire, mediante la asociación con otros estímulos del ambiente presentes ante los mismos.
3.2 *Condicionamiento operante*. La mayoría de las conductas humanas se emiten libremente, aunque están reguladas por sus consecuencias, por los efectos que su emisión produce sobre el ambiente. Cualquier "conducta operante" afecta al ambiente. Una conducta puede alterar el medio básicamente de dos modos: añadiendo estímulos que no estaban presentes o retirando estímulos que ya existían. La probabilidad de ocurrencia de una conducta está determinada por sus consecuencias (Labrador y Cruzado, 1993; Martin y Pear, 1999). Cualquier evento que incremente la probabilidad de una conducta operante se denomina estímulo reforzante o reforzador. El alcohol es un potente reforzador.
3.3 *Teoría del aprendizaje social*. Al integrar tanto el condicionamiento clásico, operante y vicario, permite explicar tanto el inicio como el mantenimiento y abandono del consumo, aunque es especialmente

indicada para explicar el inicio del consumo (Esbensen y Elliot, 1994).

4. Teorías actitud-conducta.

Desde mediados de los años 70 se ha generado una importante aportación en el campo actitudinal (Fishbein, Ajzen, Triandis, 1961). Hoy es posible predecir la conducta desde la actitud y creencias del sujeto, o desde componentes anteriores relacionados como son la norma subjetiva, intenciones conductuales, etc. (Becoña, 1986). En este contexto la aparición de distintos modelos analiza la relación actitud-conducta introduciendo elementos intermedios para explicar adecuada y predictivamente dicha relación.

4.1 *Teoría de la acción razonada*. Los seres humanos se comportan de una manera sensible, tomando en consideración la información disponible y considerando implícita o explícitamente las implicaciones de sus suposiciones. Asume, por tanto, que las conductas que llevan a cabo son voluntarias. El objetivo central de este modelo es la predicción de la conducta desde las actitudes del sujeto y de las normas subjetivas, estando ambas mediadas por la intención conductual. Parte del supuesto de que las personas usualmente son racionales y hacen uso de la información que poseen para llevar a cabo la conducta de consumo de alcohol (Ajzen y Fishbein, 1980).

4.2 *Teoría de la conducta planificada*. Introduce el control conductual percibido que, junto con la actitud hacia la conducta y la norma subjetiva, predicen la intención conductual. A su vez, en algunos casos, el control conductual percibido también puede ser un predictor directo de la conducta junto con la intención conductual. Por tanto, puede existir una unión directa entre el control conductual percibido y la conducta. Esto significa que, en ocasiones, el control conductual percibido también puede predecir la conducta independientemente de la intención conductual.

5. Teorías psicológicas basadas en causas intrapersonales.

Explica el consumo desde factores, valores y procesos intrapsíquicos como los que se desglosan a continuación.

5.1 *Del modelo de mejora de la estima* (Kaplan et al., 1990) *a la teoría integrativa de la conducta desviada* (Kaplan, 1992). El modelo de mejora de la estima tiene como premisa principal que los individuos buscan la aceptación y aprobación de su conducta por parte de figuras significativas. Cuando su conducta se desvía de las expectativas es una fuente de malestar psicológico que se debe resolver; de lo contrario,

aparecen sentimientos de auto rechazo que requiere una respuesta correctiva o compensatoria. Esta respuesta puede tomar varias formas que se enmarcan en el modelo de mejora de la estima. Las respuestas sociales negativas y las sanciones pueden resultar en un cambio en la conducta hacia la conformidad con las expectativas de figuras empáticas o de autoridad, aliviando de las fuentes de malestar y restaurando la autoestima. Por su parte, la teoría integrativa de la conducta desviada combina distintas teorías o elementos relevantes teniendo como eje al concepto de desviación: elementos previos de la teoría del self, teoría del estrés, teoría del control, teoría de la asociación diferencial, teoría del aprendizaje social y teoría del rotulado. La diferencia de su formulación respecto a otras está en que asume que realizar un acto desviado de una norma es visto como adaptativo por esa persona, en función de su marco normativo particular o de las expectativas del grupo concreto. Es necesario que el sujeto encuentre la forma de valorarse positivamente a sí misma a través de la valoración positiva de las personas significativas que le rodean; cuando no encuentra aceptación de estas, estará más motivado a implicarse en actividades no convencionales de tipo desviado para tratar de disfrutar de nuevas experiencias, refuerzos y sentimientos ficticios de auto respeto.

5.2 *Modelo basado en la afectividad*. Pandina, Jonhson y Labouvie (1992) analizan el papel de la afectividad como un mecanismo clave en la determinación y el control de la conducta, haciendo énfasis en la relación entre el afecto negativo, una estimulación (excitación) elevada y la vulnerabilidad al abuso en el consumo para comprender el desarrollo del consumo de alcohol. Se explora la relación teórica entre la afectividad negativa, la excitación y la vulnerabilidad al consumo (Pandina et al., op. cit.). Además, incorpora el circuito del sistema nervioso central que está asociado con el reforzamiento positivo y negativo, castigo y los mecanismos que controlan las conductas de aproximación, evitación y conductas de escape. Las drogas de abuso (como el alcohol) son potentes inductores de afecto positivo y reducen el afecto negativo a través de la modulación de los circuitos neurales que de modo inherente favorecen estas funciones naturales (Goldstein, 1995; Wise y Bozarth, 1987) porque tienen la propiedad de estimulación general de los circuitos neuronales.

6. Teorías basadas en la familia y en el enfoque sistémico.

El consumo de alcohol u otro tipo de problemas como una expresión de las conductas inadaptadas de uno o más miembros de la familia, producen una disfunción en el sistema familiar (Waldrom, 1998). La conducta de consumo cumple una función importante en la familia, permitiendo a esta

enfrentarse con estresores internos o externos o mantener otros procesos que se han establecido en la organización del sistema. El concepto central es el de la familia como "sistema" (Baker, 1998; Lebow y Gurman, 1998; Foster y Gurman, 1988: Nichols y Schwartz, 1998). El concepto de "sistema" con relación a las familias ya aparece en algunas publicaciones al menos desde 1951, aunque no se conoce con precisión cuando se introdujo el concepto por primera vez. Entender a la familia como un sistema supone considerar que el todo es más que la suma de sus partes. Esto es, las conductas de un individuo no se pueden entender separadas del resto de su familia. La familia es el sistema social básico, bajo el que se agrupan sus miembros y procesos (ej., reglas de comportamiento, roles, etc.) que caracterizan las relaciones entre los integrantes recíprocamente interdependientes. Cada familia es una unidad psicosocial caracterizada por un tipo de funcionamiento. Los sistemas de familia desarrollan patrones de comunicación y secuencias de conductas para mantener un equilibrio entre sus miembros. Las familias pueden ser diferentes en las dimensiones que caracterizan el sistema, incluyendo cómo están organizados los subsistemas para su funcionamiento, como son de difusas o rígidas las reglas y límites, subsistemas o la familia y los sistemas extrafamiliares; cómo se distribuye el poder en los subsistemas (Haley, 1976; Minuchin, 1974). Los cuatro aspectos básicos del funcionamiento familiar son: la estructura, la regulación, la información y la capacidad de adaptación (Foster y Gurman, 1988).

7. Modelo social (Peele, 1990).

Las adicciones tienen un papel en nuestro estilo de vida; no es el alcohol ni la conducta la que produce adicción, sino el modo como la persona interpreta esa experiencia y como responde, tanto a nivel fisiológico, emocional y conductual, a la misma. El modo de enfrentarse al mundo y el modo que tiene de verse a sí mismo influyen de manera clave en la experiencia adictiva. Las experiencias pasadas, la personalidad y el entorno social, determinan ese estilo de enfrentarse a la vida. Las sustancias como el alcohol y las conductas que producen adicción se convierten en muletillas que tiene la persona para afrontar mejor su vida ante situaciones de estrés, ansiedad, dolor, depresión, etc. El problema de la conducta adictiva es que lleva al individuo a verse como "equilibrado" con el mundo o "derrotado" por el mundo, incapaz de hacer frente al funcionamiento cotidiano. El sentido de que la adicción le "domina" favorece no intentar en la mayoría de los casos superarla o encararse a ella.

8. Otros modelos teóricos simples.

8.1 *Modelo de Becker*. Se basa en factores de riesgo y protección específicos del contexto social: las leyes que regulan el consumo, las normas y la disponibilidad de bebidas alcohólicas. Las leyes determinan las normas y la disponibilidad de bebidas; ambas, definen el uso y abuso de alcohol. Posteriormente, se proponen también factores individuales e interpersonales (Becker, 1997).

8.2 *Modelo de Burgess*. Una multiplicidad de variables infinitas e impredecibles interfieren con las elecciones racionales del sujeto (como consumir no alcohol). Entre los elementos centrales está la relación cambiante que existe entre los valores y la oportunidad. Los valores están determinados por las actitudes del individuo, que está determinado por las influencias personales y psicosociales y por las influencias culturas y externas. La oportunidad está determinada por las influencias culturales y externas. Entre las actitudes y valores están las creencias sobre el hedonismo, el derecho a hacer lo que uno quiere con su propio cuerpo, el conocimiento de los efectos de la propia conducta sobre otros, etc. (Burgess, 1996).

8.3 *El modelo de afrontamiento del estrés de Wills*. Es semejante al modelo de la competencia. Sostiene que aquellas personas que usan alcohol o drogas con intensidad no saben manejar el estrés de la vida; su consumo es un recurso de afrontamiento (Wills y Shiffman, 1985). El estrés de la vida es un factor de riesgo para el uso de sustancias. Cuando hay un alto grado de malestar emocional o baja percepción de control sobre una situación se incrementa la probabilidad de abuso (Wills, 1986, 1990). Conforme se mantiene el estrés se incrementa el consumo.

II. Teorías de estadios y evolutivas.

1. *Modelo evolutivo de Kandel*. La adicción sigue etapas secuenciales, donde se comienza por una primera sustancia de iniciación (tabaco y/o alcohol) que sirven de elemento facilitador para el consumo posterior de otras sustancias tóxicas. Parte de la teoría de la socialización, centrándose especialmente en la relación de los padres e iguales en el desarrollo de los adolescentes. Los conceptos y procesos que maneja provienen fundamentalmente de la teoría del aprendizaje social y de la teoría del control (Kandel y Davies, 1992).

2. *Modelo de etapas motivacionales multicomponentes*. Werch y DiClemente (1994) se basan en los estadios de cambio de Prochaska y DiClemente (1983), que considera una serie de estadios respecto al abandono de las

sustancias adictivas. Werch y DiClemente (op. cit.) adaptaron este modelo, ampliándolo del abandono al comienzo del uso de distintas sustancias psicoactivas. Es un modelo de naturaleza cíclica, tanto para la adquisición como para el abandono de una adicción.

3. *Modelo del proceso de reafirmación de los jóvenes* (Kim et al., 1989). Su base es la dimensión sobre factores de riesgo, enfatizando la necesidad de promover un desarrollo positivo del individuo (en etapas tempranas de su vida) vía los procesos de reafirmación; lo que significa promover una mayor participación e implicación de los niños y adolescentes en cuestiones públicas y socioeconómicas de la comunidad. Esto implica cambiar la perspectiva en la que se piensa que los jóvenes causan problemas a la comunidad, a otra que los aprecie como una ventaja y fuente de recursos. El concepto organizador de este paradigma es que la oportunidad social, económica y pública negada a los jóvenes es equivalente a los problemas sociales impuestos por los adultos.

4. *Teoría de la madurez sobre el consumo*. Labouvie (1996), plantea la autorregulación con elementos clave como el control personal y la eficacia. Cuando estos fallan, el individuo responderá de diversas formas a sus necesidades inmediatas y a las presiones situacionales inmediatas. Además, es probable que no tenga metas personales o que estas sean poco importantes, difíciles, costosas o improbables de conseguir. Esto le puede llevar a la alienación y estado depresivo, incluyendo el consumo de alcohol u otras sustancias tóxicas.

5. *Teoría de la pseudomadurez o del desarrollo precoz*. Newcomb (1996) afirma que, durante la adolescencia, y ante la experimentación de los roles adultos, el individuo se enfrenta a dificultades para ejecutarlos adecuadamente en varias esferas de la vida. Llevar a cabo actividades prematuras e implicarse en responsabilidades típicamente adultas a edad temprana interfiere con la adquisición de habilidades psicosociales necesarias para el éxito posterior en esos roles cuando se es adulto. Estas habilidades se aprenden a lo largo del período crítico de la adolescencia; si se dan prematuramente se impide su correcto aprendizaje pudiendo generar problemas como las adicciones. Hay dos etapas de gran importancia: la transición de la infancia a la adolescencia (cuando aparece la pubertad) y la transición de la adolescencia a la adultez temprana (cuando se producen eventos vitales importantes como el matrimonio o el primer empleo).

6. *Modelo psicopatológico del desarrollo*. Glantz (1992) explica el abuso de alcohol basándose en los factores de riesgo asociados con su etiología (ej.

factores neurológicos y genéticos, predisposición a conductas problema, factores psicológicos y psicopatológicos, etc.) y en los principios básicos del desarrollo y de la psicopatología. Difiere de otros modelos etiológicos por su orientación psicopatológica referida al desarrollo y la inclusión en el mismo de los antecedentes de la primera infancia. En el período neonatal (0-3 meses) hipotetiza que los niños en alto riesgo serían aquellos que tienen un temperamento con las siguientes características: a) mayor labilidad e intensidad del afecto que la media de los niños de esta edad; b) menor capacidad para habituarse a nuevos estímulos o adaptarse al cambio; c) mayor persistencia que la media de los niños de esta edad para responder a situaciones que producen malestar; d) dificultad para ser tranquilizado por sus cuidadores; e) menor regularidad en los ciclos biológicos. La vulnerabilidad asociada al consumo es producto de la interacción de las características temperamentales del niño con las personas y las experiencias de su ambiente.

7. *Modelo de enfermedad del desarrollo psicosocial de la dependencia*. Chatlos (1996) presenta una aproximación partiendo del concepto de enfermedad del alcoholismo y del modelo biopsicosocial. Se compone de tres factores que actúan separadamente en distintas etapas, en la predisposición, en el uso de alcohol y en un sistema permisible. Lo anterior, a su vez, se basa en la investigación sobre los factores antecedentes, concomitantes y de mantenimiento de la adicción y de los trastornos mentales. Dentro de los antecedentes, o predisposición, se considera a los genéticos, constitucionales, psicológicos y socioculturales. En los concomitantes, o uso de alcohol y otras drogas, están la iniciación y la progresión. Finalmente, en el mantenimiento está un sistema social flexible que lleva a la enfermedad o dependencia.

8. *Teoría de la socialización primaria*. Su premisa fundamental es que a pesar de que la base biológica de la conducta humana es incuestionable, todas las conductas sociales humanas son aprendidas o tienen componentes centrales que son aprendidos. Las conductas sociales desviadas, tales como el abuso de alcohol, el crimen y la violencia, están entre estas conductas sociales aprendidas. La desviación no es simplemente una situación defectuosa que ocurre cuando hay una ruptura en los vínculos y normas prosociales; tanto las normas prosociales como las desviadas son activamente aprendidas en el proceso de la socialización primaria" (Oetting y Donnermeyer, 1998). El mayor riesgo de aprender normas desviadas se produce en la adolescencia.

III. Teorías comprensivas.

Explican la conducta de consumo mediante la integración de distintos componentes de diversas teorías o plantean una teoría comprensiva que permite explicar por sí sola dicha problemática. Las más relevantes se resumen a continuación.

1. *Modelo de promoción de la salud o de salud pública*. Se aplica a diversos ámbitos de tipo sanitario. Fue auspiciado por la Organización Mundial de la Salud en 1986, teniendo como antecedente la declaración de Alma Ata de 1978 (Cf. CIJ, 2009b). Otorga gran relevancia a la asistencia sanitaria, medidas de mejoramiento ambiental y a los factores culturales, económicos, sociales, políticos y organizativos que inciden en dicha asistencia. Tiene una comprensión holística de la salud, la cual se considera un derecho humano fundamental. Su principio es la "salud para todos" como un derecho humano básico e indispensable para el desarrollo social y económico, como se concluyó en la Declaración de Yakarta (OMS, 1997). Pretende ser un modelo universal para la mejora de la salud de toda la humanidad. Los conceptos fundamentales son (OMS, 1998): salud, prerrequisitos de la salud, promoción de la salud, salud para todos, salud pública, atención primaria de salud, prevención de la enfermedad y educación para la salud. Las estrategias básicas que utiliza son: establecer una política pública saludable, crear entornos que apoyan la salud, fortalecer una acción comunitaria para la salud, desarrollar habilidades personales y reorientar los recursos sanitarios (Green y Kreuter, 1991). La educación para la salud es el elemento operativo para llevar sus acciones a la práctica. Desde estos conceptos, estrategias y principios se comprende el fenómeno adictivo como una enfermedad o problema de salud pública que puede prevenirse.

2. *Teoría del aprendizaje social y teoría cognitiva social*. Bandura (1977), a diferencia de las explicaciones de la conducta humana basadas en el condicionamiento clásico y operante, propone la existencia de tres sistemas implicados en la regulación de la conducta. El primero está constituido por los acontecimientos o estímulos externos, que afectan a la conducta, principalmente a través de los procesos de condicionamiento clásico; el segundo constituido por las consecuencias de la conducta en forma de refuerzos externos, y que ejercen su influencia a través de los procesos de condicionamiento operante o instrumental; y el tercero, conformado por los procesos cognitivos mediacionales, que regulan la influencia del medio, determinando los estímulos a los que se prestará atención, la percepción de los mismos y la propia influencia que estos ejercerán sobre la conducta futura. Este último, aprendizaje vicario, se

define como el proceso de aprendizaje por observación en el que la conducta de un individuo o grupo –el modelo- actúa como estímulo de pensamientos, actitudes o conductas similares por parte de otro individuo que observa la actuación del modelo (Perry y Furukawa, 1987), siempre y cuando este sea claro y significativo. La auto eficacia o capacidad percibida para regular los estímulos del entorno, es crucial en el manejo de situaciones desfavorables y en el éxito social de los individuos. Se consideran tanto los factores de aprendizaje (condicionamiento clásico, operante y vicario), los procesos cognitivos (auto eficacia) y el ambiente social en el que vive y se desarrolla la persona. Por tanto, la conducta adictiva está mediada por las cogniciones, compuestas de expectativas que son creencias sobre los efectos de la conducta de consumo; estas cogniciones se acumulan a través de la interacción social en el curso del desarrollo, y a través de las experiencias con los efectos farmacológicos directos e interpersonales indirectos de la conducta de consumo; los determinantes principales del consumo son los significados funcionales unidos a la conducta de consumo (ej., para aliviar el estrés que excede su capacidad de afrontamiento) en combinación con la eficacia esperada de conductas alternativas; los hábitos de consumo se desarrollan en el sentido de que cada episodio puede exacerbar posteriormente la formación del hábito por el incremento del estrés y por limitar las opciones de conducta alternativas; la recuperación depende del desarrollo de habilidades de afrontamiento alternativas.

3. *Modelo del desarrollo social.* Son similares los procesos de desarrollo que llevan tanto a la conducta prosocial como a la antisocial (Catalano y Hawkins, 1996; Hawkins y Weiss, 1985). El individuo pasa por varias fases a lo largo del curso de su vida. La adicción también se da en un ciclo de comienzo, escalada, mantenimiento, desescalada y abandono. La adicción es una conducta antisocial porque está fuera del consenso normativo y/o viola los códigos legales. Otorga gran relevancia a diversos factores de riesgo (biológicos, psicológicos y sociales) en diferentes dominios sociales (individual, familiar, escolar, grupo de pares y comunitario), que incrementan la probabilidad estadística de que la persona consuma sustancias tóxicas (Hawkins, Catalano y Miller, 1992). También se proponen factores de protección que funcionan de modo semejante y a la vez independiente de los factores de riesgo. Los tres elementos básicos que incorpora este modelo son: la inclusión tanto de la conducta delincuente como la del uso de sustancias psicoactivas en un mismo modelo; una perspectiva de desarrollo que lleva a submodelos específicos para las distintas etapas del individuo y, la inclusión de los factores de riesgo y protección. Los seres humanos buscan satisfacción; la conducta humana depende del interés percibido por la persona de sus

actos; esto es, las personas se implican en actividades o interacciones a causa de la satisfacción que esperan recibir de ellas; además, las experiencias proporcionan información empírica que sirve para las acciones futuras.

4. *Teoría interaccional*. La dependencia al alcohol es una conducta desviada resultado tanto de la débil vinculación de la persona con la sociedad convencional como de un ambiente social cadencioso, donde la conducta adecuada (o desviada) puede ser aprendida y reforzada. Thornberry (1987, 1996) considera que las conductas desviadas (como el consumo) se desarrollan y se pueden reforzar o abandonar de modo dinámico a lo largo del curso de la vida, donde interactúan múltiples procesos biológicos y socioculturales. La relación entre estas variables es dinámica y no estática, bidireccional entre variables y modulada por el período evolutivo de la persona a lo largo del tiempo.

5. *Teoría de la conducta problema*. La adicción es una conducta problema porque socialmente está definida como un tema de preocupación o indeseable según las normas de la sociedad convencional o de las instituciones de autoridad y requiere de un control social. Esta propuesta se basa en tres sistemas explicativos: la personalidad, el ambiente y la conducta, todos interrelacionados y organizados entre sí para explicar la propensión a la conducta problema (Jessor y Jessor, 1977). Los conceptos que constituyen la personalidad, como valores, expectativas, creencias, actitudes, orientaciones hacia sí mismo y hacia otros, son cognitivos y reflejan el significado y experiencia social. Por ambiente consideran los apoyos, influencia, controles, modelos y expectativas de otros, y que tienen como característica que pueden ser conocidos o percibidos, teniendo significado para la persona. Por conducta entienden los propósitos aprendidos socialmente, funciones o significados más que sus parámetros físicos. La conducta es, además, el resultado de la interacción de la personalidad y la influencia ambiental. Sin embargo, hay una serie de variables antecedentes de gran relevancia para explicar las anteriores variables que incluye en los tres sistemas explicativos. En ellas se incluye tanto las características demográficas como el proceso de socialización. Dentro de las características demográficas considera la educación de los padres, la ocupación de los padres, la religión de los padres y la estructura familiar. Dentro de la socialización la ideología parental, el clima familiar, la influencia de los iguales y la de los medios de comunicación. En la ideología parental se incluyen las creencias tradicionales de los padres, la religiosidad de los padres y la tolerancia o intolerancia de la desviación de la madre. Dentro del clima familiar incluye el control por parte de la madre y la interacción afectiva con ella. Dentro de la influencia de los

iguales los intereses de sus amigos y, finalmente, dentro de la influencia de los medios de comunicación el tiempo dedicado a ver la televisión, oír la radio, leer el periódico, etc. El sistema de personalidad está formado por tres componentes: la estructura motivacional, la estructura de creencias personales y la estructura del control personal.

6. *Teoría para la conducta de riesgo*. Considera factores de riesgo y protección, conductas de riesgo y resultados de riesgo. En la aparición de conductas de riesgo, tiene gran peso la pobreza socialmente organizada, la desigualdad y la discriminación (Jessor, 1991). La implicación que tiene esta teoría tanto para la prevención como para la intervención es que un abordaje comprensivo es más eficaz que un abordaje parcial. Además, con un abordaje comprensivo es más probable que sea exitoso y que los efectos se mantengan a largo plazo (Jessor, op. cit.). Busca explicar y reducir los factores de riesgo y fortalecer los de protección con la idea de un cambio en el estilo de vida, especialmente en aquellos individuos que viven en ambientes sociales adversos. Uno de los principios que subyace a la teoría de Jessor es no dejar toda la responsabilidad en el individuo, ya que también es de gran importancia la influencia del contexto social para causar y mantener muchas conductas de riesgo (como el consumo de alcohol y otras drogas), con lo que se exige un cambio ambiental.

7. *Modelo integrado general de la conducta de uso de alcohol, tabaco y otras drogas*. Parte de diferentes aproximaciones teóricas, como la de influencia social, mejora de la competencia, teoría de la conducta problema, el auto desprecio, la comunicación persuasiva, la teoría de la presión social de pares, el constructo de búsqueda de sensaciones y evaluación empírica de los programas (Botvin, 1999). Es un modelo eminentemente descriptivo para fundamentar sus intervenciones. Plantea tres componentes centrales: los históricos o formativos, los sociales y los personales para explicar la conducta de consumo, donde a la vez diferencia: factores demográficos, biológicos, culturales y ambientales para los componentes históricos y formativos; factores escolares, familiares, medios de comunicación y relación con pares para los factores sociales; y, las expectativas cognitivas, competencias y habilidades personales, habilidades sociales y factores psicológicos para los componentes personales. Esto facilita la operativización de sus componentes para diseñar intervenciones.

8. *Modelo de estilos de vida y factores de riesgo que condicionan el consumo*. Las causas o factores de riesgo que facilitan el hecho de que los individuos se interesen por el consumo de alcohol, tienen que ver con la dinámica personal y social anteriores al contacto con la bebida. Aunque parezca paradójico, la bebida alcohólica en sí misma, no es un factor de riesgo en

la adicción (Calafat et al., 1992). A lo largo de la vida de un sujeto, se va configurando una red de factores de riesgo y protección, donde sobresalen la coherencia social y los hábitos de consumo de la sociedad, la familia, la escuela, el uso del tiempo libre, la relación con los padres, la relación con los compañeros, la información, la personalidad, la actitud, la experiencia con otras drogas y el consumo como tal. La intervención, en este sentido, se orientará a influir sobre estos factores de riesgo y protección para que el individuo no consuma (Calafat, 1995). Uno de los componentes psíquicos centrales para la adicción es la relación entre depresión y vulnerabilidad emocional (Calafat y Amengual, 1991).

9. *Teoría de la influencia triádica*. Es una teoría comprensiva que agrupa varios elementos de distintas teorías relevantes para el campo de la salud y de las adicciones (Flay y Petraitis, 1995). Considera diferentes niveles (próximos, lejanos y finales) para explicar las causas de una conducta (en este caso, el consumo de alcohol), a partir de tres grupos de influencia que se mueven a lo largo de esos niveles: a) influencias culturales y ambientales sobre el conocimiento y los valores, que definen las actitudes, b) influencias situacionales sobre los vínculos sociales y el aprendizaje social, que definen las creencias sociales normativas, c) influencias intrapersonales sobre la determinación y control de uno mismo y las habilidades sociales, que conducen a la auto eficacia. Junto con estos elementos generales, hay un número importante de interacciones e influencias, tanto entre los grupos sociales como entre los niveles. Como ya había señalado Bandura (1986), la conducta es producto de la relación entre la situación, la persona y el ambiente. Al mismo tiempo, las influencias actitudinales, sociales e intrapersonales intervienen de modo independiente y afectan de modo interactivo las decisiones sobre actuar o no de cierto modo (ej., consumir o no una bebida). Los elementos intermedios de influencia son: a) lo que el individuo extrae desde sus ambientes, situaciones y rasgos básicos; b) las expectativas que tiene sobre la conducta de consumo y su propia evaluación de esas expectativas; y, c) sus cogniciones relacionadas con la salud. Por tanto, otro elemento relevante es la "toma de decisiones" como proceso dinámico; esto es, la decisión inicial y las experiencias con las conductas relacionadas con la salud, que proporcionan retroalimentación al sujeto, influyen en las decisiones posteriores en torno a la misma situación o problema.

10. *Modelo de autocontrol*. Se elaboró principalmente para explicar la génesis y mantenimiento del consumo basándose en el concepto de "autocontrol" y partiendo del modelo biopsicosocial (Santacreu et al., 1991, 1992; Santacreu y Froján, 1992). La génesis del problema surge por el intento de conseguir "fuentes de refuerzo alternativas" a las que se tiene de modo

regular; concretamente, para buscar independencia del refuerzo paterno o familiar y, al tiempo, conseguir cierta capacidad de autocontrol. El autocontrol se aprende durante la adolescencia, cuando la persona tiene la posibilidad de elegir y organizar su tiempo y sus objetivos, mediante la ejecución de distintas conductas por parte del individuo en condiciones permanentes de interacción con el medio. Algunas de las habilidades de autocontrol características son la resistencia a la agresión, a la frustración, a la trasgresión, a la tentación y la regulación de auto administración de refuerzos.

En suma, uno de los hechos más importantes que se han asumido en el campo de las adicciones y que ha favorecido su avance, ha sido la necesidad de partir de un marco teórico para comprender el consumo y sustentar las intervenciones. Diseñar y operar una intervención basada en una teoría o modelo permite modificar los factores que facilitan el consumo y potenciar los que protegen de los riesgos.

Modelos de intervención.

La investigación sobre el consumo de alcohol ha establecido diferentes bases para el diseño de políticas, estrategias, programas y servicios de atención.

Para ser eficaz, cualquier tipo de intervención debe sustentarse en un modelo teórico. Un buen modelo, se deriva de la observación sobre el problema, elaboración y comprobación de hipótesis, delimitación de marcos conceptuales que permitan comprender esa parte de la realidad y predecir e intervenir en ello.

En este sentido, para atender (prevenir, tratar, curar, rehabilitar) el consumo de alcohol, sus riesgos, daños y consecuencias se han agrupado como modelos principales, los que a continuación se desglosan (Becoña, 1999).

Modelo biomédico.

Se aboca a modificar los hábitos y estilos de vida del individuo (paciente), para evitar el contagio o incremento de enfermedades epidémicas, agudas o crónicas (como el abuso de alcohol). En este caso, interviene mediante prevención primaria, para impedir que las personas se inicien en el consumo; prevención secundaria, para evitar que el consumo se vuelva problemático; prevención terciaria, para aminorar los daños provocados por la dependencia; tratamiento, para curar al enfermo; rehabilitación y reinserción, para “devolverle” su funcionalidad social al sujeto (Ídem).

Modelo de salud pública.
Su objetivo es mejorar los estilos de vida de la población, mediante la "promoción de estilos de vida saludables". También propone disminuir la virulencia o efecto del agente patógeno (bebidas alcohólicas); modificar el contexto creando barreras entre los factores externos de riesgo y la población. Sus estrategias son: la prevención general o promoción donde no existe un objetivo directamente relacionado con el consumo, aunque se tengan beneficios en materia de modificación de hábitos; prevención inespecífica que actúa sobre los factores de riesgo y protección asociados al consumo, aunque el destinatario no necesariamente es consciente de ello; y prevención específica: estrategias en las que la intervención de forma explícita y directa recoge la problemática de consumo, haciendo partícipe al individuo y a su contexto más inmediato (Ídem).

Modelos sociales y sociocognitivos.
Abarca las bases planteadas desde la teoría cognitivo social, el modelo de desarrollo social, el modelo de estrés social, modelo comunitario y de participación social y la teoría de la influencia triádica (Calafat, 1995).

Los programas basados en este modelo parten del supuesto que un conjunto delimitado de variables individuales, situacionales y sociales (factores de riesgo) influyen en el inicio del consumo; al actuar sobre ellas y reforzar en las personas y sus ambientes, diferentes recursos y habilidades (factores protectores), para enfrentar situaciones adversas, se puede evitar o reducir el consumo, sus daños y sus consecuencias sociales. La escuela, el trabajo, la familia, los grupos de pares y otros agentes de socialización son los contextos adecuados para realizar prevención o tratamiento, dependiendo de la etapa que se encuentre el consumo. La auto competencia, habilidades sociales, autoestima, valores y actitudes frente a grupos, toma de decisiones autónomas, manejo de la ansiedad, etc., son elementos esenciales para la prevención del consumo.

Modelo biopsicosocial.
Delimita factores de riesgo a nivel biológico (intrapersonales), psicológico (personales) y social (de interacción con otros sujetos y con el contexto), que son determinantes para el inicio, mantenimiento, incremento y/o disminución y abandono del consumo. Interviene sucesivamente en la atención del consumo (dependiendo del nivel en que se encuentre), mediante estrategias informativas y de aprehensión cognitiva-conductual de hábitos y formas de convivencia más saludables tanto para el individuo, como para su ambiente social más inmediato (Catalano y Hawkins, 1996).

Modelo comunitario y de participación social.
Enfatiza la necesidad de potenciar los esfuerzos comunitarios amplios e integrales de prevención y educación para la salud, que involucran múltiples niveles, sectores, poblaciones, organizaciones y estrategias (De La Fuente 1987; CONADIC, 2001). La prevención es integradora e integral; abarca diversos sistemas y grupos de la comunidad (niños, jóvenes, familia, trabajadores, docentes, gobiernos locales, entre otros) y múltiples estrategias como: desarrollo de habilidades personales, difusión de información veraz, capacitación a agentes intermedios, trabajo con líderes o modelos significativos, promoción de estilos de vida saludables, etc. Se interesa en procesos del desarrollo: reconoce un grupo objetivo, identifica líderes, evalúa las necesidades y la realidad local; organiza, implementa, administra y evalúa. Promueve la participación de los distintos agentes y miembros de la comunidad; potencia el concepto de "responsabilidad compartida" en la prevención del consumo de alcohol. La red social aparece como una estructura privilegiada para dar repuesta complementaria y colaborativa a los planes y programas que se implementen en cada contexto.

Modelos integradores.
Prioriza la intervención como un proceso continuo. Pone en marcha estrategias de prevención específica para el desarrollo de habilidades personales y sociales, junto con información en torno a la percepción del riesgo de consumo en complemento con estrategias inespecíficas que incluyen el fortalecimiento de factores protectores asociados (alternativas del uso del tiempo libre, estilos de vida saludables, desarrollo de actitud crítica a medios publicitarios, etc.). Es importante delimitar el ámbito de acción, la población objetivo (y su etapa de desarrollo), las características particulares del grupo objetivo en relación con su entorno; la realización de un diagnóstico de factores de riesgo y protección en relación con la droga; la identificación de líderes y agentes de influencia (como la familia, grupos de pares, profesores o líderes) para incluirlos en la estrategia preventiva (SSA, 2000b).

Todos estos modelos teóricos cumplen con funciones específicas en el ámbito de la intervención, en tres sentidos:

a) Desarrollo de políticas, estrategias, programas y metodologías acordes a las necesidades reales.
b) Evaluación de la eficacia de las intervenciones.
c) Contribución a la investigación del fenómeno y a las ciencias sociales en su conjunto.

Una ciencia no se asienta hasta que tiene bases teóricas, que adquieren solidez de una investigación sistemática sobre ese campo del saber y aporta conocimientos, datos y técnicas específicas para el estudio, comprensión y solución de un problema determinado.

ASOCIACIONES CIVILES QUE ATIENDEN A USUARIOS DROGAS.

En México, el incremento en el consumo de drogas obedece en gran parte a diversas y complejas razones que intervienen entre la dimensión en la incidencia en el uso de sustancias psicoactivas –y sus consecuencias negativas– y la carente atención del Estado a través de sus dependencias de salud, para afrontar dicho fenómeno social. Con base en Módena (2009) el cuidado médico está encaminado a intervenir en las lesiones, padecimientos y daños de diverso tipo causados por el consumo de drogas, pero exhibe serios problemas y deficiencias en cuanto a la prevención, diagnóstico y atención de los usuarios de alcohol y otras drogas.

Para hacer frente a este panorama, la sociedad en México ha elaborado y reproducido distintos recursos materiales y simbólicos –de acuerdo con el contexto cultural de cada región del país– que hasta cierto punto han sido "exitosos". Entre las prácticas más empleadas por aquellas personas que usan drogas están los juramentos[5] a diversas divinidades – San Judas Tadeo, la Santa Muerte, el Niño Fidencio, Jesús Malverde, Juan Soldado, la Virgen de Guadalupe, el Señor de Chalma, el Cristo Negro de Esquipulas, San Pascualito, etcétera–, la adhesión a denominaciones protestantes, bíblicas o bien a nuevos movimientos religiosos de la nueva era, así como la incursión en Asociaciones Civiles que cuentan con grupos de autoayuda y ayuda mutua.[6]

[5] Los juramentos, conocidos comúnmente como mandas, son las promesas que un implorante hace a una virgen o santo, los cuales son regidos por el principio de reciprocidad entre la virgen o santo y el implorante, es lo que llama Foster (1961) el "contrato diádico", es decir, un acuerdo entre dos partes que establecen un vínculo por voluntad propia. Hay dos tipos de contrato diádico: uno simétrico cuando se realiza entre iguales y otro asimétrico cuando se realiza entre desiguales. En este caso, el convenio se realiza entre entidades que no tienen el mismo poder ni posición social, un ser sagrado y un ser humano. El afligido suplica a la virgen o al santo que sane su malestar, le ayude a encontrar empleo, un buen hombre, una buena mujer, le ayude a obtener buenas calificaciones, le ayude a prosperar en su negocio, entre otras peticiones. Cuando la virgen o el santo han cumplido su parte del trato, el implorante lleva a cabo aquello que ha prometido a cambio, por ejemplo, rezarle todos los días, venerar su imagen, llevarle flores y velas, etcétera (Gutiérrez, 2014).

[6] Las Asociaciones Civiles constituyen, desde la década de 1950, un fenómeno de importancia creciente, sobre todo en sociedades occidentales. Existen organizaciones de estos grupos que atienden una enorme variedad de problemas o situaciones humanas: hay grupos para los que beben, fuman o usan otras drogas, juegan o practican el sexo compulsivamente; para los que comen demasiado o no comen, para los que padecen diabetes, bulimia, neurosis, esquizofrenia o SIDA, entre muchos otros. Asimismo, se han hecho grupos de ayuda mutua para los familiares y amigos de esas personas (Rosovsky, 2009).

En cuanto a las Asociaciones Civiles que atienden a personas usuarias de alcohol y de otras drogas, nos referimos únicamente a Alcohólicos Anónimos, Drogadictos Anónimos y Centros de Integración Juvenil. Se seleccionaron a estas Asociaciones Civiles, porque son las que mayor presencia tienen en México.

ALCOHÓLICOS ANÓNIMOS.

Alcohólicos Anónimos es una comunidad de autoayuda y ayuda mutua. Sus orígenes pueden hallarse en las instituciones psicoanalíticas relativas a la capacidad terapéutica de la palabra, como en la ideología y en la práctica religiosa (Brandes, 2004b). Más concretamente Doble A nació como derivación espiritual de los grupos Oxford, una congregación evangélica cristiana que no contaba ni con lista de miembros ni con jerarquía estructurada. La idea de Alcohólicos Anónimos data de 1934, cuando Bill W., un corredor de bolsa neoyorquino sumido en una grave crisis, fue internalizado a causa de un severo episodio alcohólico en el Hospital Towns, de Nueva York. Un antiguo compañero de bebida llamado Ebby, que también fue alcohólico y había logrado rehabilitarse, recomendó a Bill W. visitar el grupo Oxford, "cuyos miembros habían encomendado su vida a Dios, al que concebían como una especie de fuerza espiritual" (Trice y Staudenmeier, 1989: 17). El grupo Oxford intentó abrazar todas las confesiones religiosas. Abogaron por la restitución personal de los daños cometidos sobre el prójimo, auxiliándolo en la necesidad y absteniéndose de la prosecución de prestigio personal. Todos estos principios llegarían a incorporarse con el paso del tiempo al programa terapéutico de Alcohólicos Anónimos.

La hospitalización de Bill W. culminó en lo que podría denominarse una conversión religiosa (Gutiérrez, 2014). Profundamente afectado por las experiencias de su antiguo camarada, y anhelando alcanzar la sobriedad, Bill W. padeció, según sus propias palabras, "una hondísima depresión, la más funesta" de las que él nunca hubiese conocido (Alcohólicos Anónimos, 2010e: 66). Clamó por auxilio divino en la obscuridad de su habitación en el hospital: "¡Si hay un Dios, que se manifieste!" (Alcohólicos Anónimos, 2010e: 75). El resultado fue inmediato, electrizante, imposible de describir, afirma en su autobiografía, "De pronto, mi cuarto resplandeció con una indescriptible luz blanca. Se apoderó de mí un éxtasis más allá de toda descripción. Toda la alegría que había conocido era tenue en comparación con esto. La luz, el éxtasis… durante un tiempo no estuve consciente de nada más. Luego, visto con los ojos de la mente, estaba ahí una montaña y yo estaba de pie en su cumbre, en donde soplaba un gran viento, que no era de aire, sino de espíritu; con una fuerza grande y pura, soplaba a través de mí. Entonces llegó el

pensamiento resplandeciente: "Eres un hombre libre"" (ibíd.). Afortunadamente para la autoestima de Bill W. su médico le tranquilizó asegurándole que no habían sido alucinaciones. De hecho, cuando su amigo Ebby llegó al hospital a visitar a Bill W., reforzó los aspectos positivos y las dimensiones espirituales de la experiencia sugiriendo a este que leyera Las variedades de la experiencia religiosa de William James; apremió a Bill W. para que utilizara su encuentro con Dios como camino a la sobriedad; Bill W. había experimentado una conversión. Incluso un experto como Matthiasson ha interpretado la experiencia de Bill W. como chamánica. "Como quiera que se interprete el suceso, Matthiasson probablemente ha acertado en su estimación de que el restablecimiento de Bill no podría haber sido posible sin su propia experiencia religiosa" (Matthiasson, 1987; citado en Brandes, 2004b: 115).

La historia sobre la fundación de Alcohólicos Anónimos la conocemos gracias a los escritos del propio Bill W. Iniciada en Akron, Ohio, el 10 de junio de 1935, a raíz de su primer encuentro con el médico Robert Smith (Dr. Bob). Al respecto, el libro de información general de A.A. menciona lo siguiente:

> El Dr. Bob se dedicó por iniciativa propia al cuidado hospitalario de alcohólicos y adoctrinarlos en los Principios de A.A. Un gran número de alcohólicos llegaron a Akron en busca de tratamiento en el hospital católico de Santo Tomás (Alcohólicos Anónimos, 2002: 23).

Con el paso del tiempo, comenzó a difundirse el programa de rehabilitación de Doble A por todos los Estados Unidos y, por tanto, tuvieron que elaborar los principios básicos de la organización, los cuales permitieron darle ese carácter de legitimidad y credibilidad ante la sociedad norteamericana. Algunos de los principios elementales de Alcohólicos Anónimos se encuentran en su "Enunciado", párrafo de apertura de sus obras impresas; éste es su carta de presentación, que a letra dice:

> Alcohólicos Anónimos es una comunidad de hombres y mujeres que comparten su mutua experiencia, fortaleza y esperanza para resolver su problema común y ayudar a otros a recuperarse del alcoholismo. El único requisito para ser miembro de A.A. es el deseo de dejar la bebida. Para ser miembro de A.A. no se pagan honorarios ni cuotas; nos mantenemos con nuestras propias contribuciones. A.A. no está afiliada a ninguna secta, religión, partido político, organización o institución alguna; no desea intervenir en controversias, no respalda ni se opone a ninguna causa. Nuestro objetivo primordial es mantenernos sobrios y ayudar a otros alcohólicos a alcanzar el estado de sobriedad (Alcohólicos Anónimos, 2005g: 1).

Para el año de 1939, cuatro años después de haber fundado los principios elementales, la agrupación de Alcohólicos Anónimos publicó su texto básico. El libro escrito por Bill W. explica la filosofía de Doble A, así como su método terapéutico (Alcohólicos Anónimos, 2005a). Actualmente dicho texto es conocido como el libro grande o libro azul de Alcohólicos Anónimos. En él se manifiesta que, para cumplir su rehabilitación, los miembros de Alcohólicos Anónimos deben aceptar un programa de doce pasos y doce tradiciones. Años después, en 1951, Bill W. redactó los doce conceptos para establecer todos los principios y procedimientos de servicio de los enfermos alcohólicos:

> Nuestro querido cofundador Bill W., describe con su precisión característica el concepto que abarca la palabra servicio: De aquí que un servicio de A.A. es todo aquello que nos ayuda a alcanzar al alcohólico que todavía sufre, abarcando desde el Paso Doce en sí, una llamada telefónica y una taza de café, hasta la Oficina de Servicios Generales de A.A. para las actividades nacionales e internacionales. La suma total de estos servicios es nuestro Tercer Legado de Servicio (Alcohólicos Anónimos, 2010a: 2).

Dentro de la comunidad de A.A. los doce pasos, las doce tradiciones y los doce conceptos son conocidos como los Tres Legados, de facto, en una forma simbólica las bases del programa terapéutico aparecen sintetizados en el logotipo de la agrupación (Ver Figura 1).

Figura 1. Alcohólicos Anónimos

Fuente: Alcohólicos Anónimos, 2006a: 118.

Los doce pasos (recuperación), las doce tradiciones (unidad), y los doce conceptos (servicio), son una guía para recobrar los valores espirituales. Su base de funcionamiento son las terapias de grupo y la psicoterapia ocupacional (Gutiérrez, 2014).

> El objetivo principal es habilitarte para que encuentres un Poder Superior a ti mismo que resuelva tu problema de alcoholismo. Eso quiere decir que

> hemos escrito este libro que creemos es espiritual, así como también moral. Y quiere decir, desde luego, que vamos a hablar acerca de Dios (Alcohólicos Anónimos, 2005a: 42).

De acuerdo con los preceptos de Alcohólicos Anónimos, estos doce pasos, doce tradiciones y doce conceptos "son el corazón del programa de recuperación de A.A., y muchos de los miembros se refieren a ellos como: los pasos que dimos y que nos condujeron a una nueva vida" (Alcohólicos Anónimos, 2011a).

La aplicación de los tres legados de Doble A en las vidas personales de sus miembros los ha "liberado de forma increíble de todo tipo de temores, a pesar de la multitud de graves problemas personales que abundan entre nosotros. Aquellos temores que subsistían, los podíamos reconocer por lo que eran, y con la gracia de Dios, llegamos a ser capaces de encararlos. Empezamos a considerar cada adversidad como una oportunidad que Dios nos había deparado para cultivar el valor que nace de la humildad y no de la arrogancia. Y así podíamos aceptarnos a nosotros mismos, y aceptar nuestras circunstancias y a nuestros compañeros. Con la gracia de Dios, nos dimos cuenta de que incluso podríamos morir con dignidad, decoro y fe, sabiendo que "Él Padre es quien hace las obras" (Alcohólicos Anónimos, 2005k: 19-20). Al respecto nos mencionan:

> Cuando un alcohólico aplica los "Doce pasos" del programa de recuperación a su vida personal, su desintegración se detiene y su unificación empieza. El poder que ahora lo mantiene integrado en su unidad, sobrepasa aquellas fuerzas que lo habían desgarrado y, para mantener cada uno de estos valores; no solo con uno mismo sino con nuestros compañeros, están "Las doce tradiciones y los doce conceptos" que son la columna vertebral del programa de rehabilitación (Alcohólicos Anónimos, 2011a).

Este método terapéutico basado en doce pasos, doce tradiciones y doce conceptos, ha sido resumido por Alcohólicos Anónimos en cinco puntos. El primero de ellos es la admisión del alcoholismo. Según Alcohólicos Anónimos, al ser humano no le gusta perder o aceptar que está equivocado. En el caso del alcohólico, por lo regular, siempre trata de justificar su forma de ver y argumentar que no tiene problemas al respecto. Sin embargo, puede darse cuenta de su adicción si analiza cuidosamente su manera excesiva de beber y los daños que esto le ha ocasionado no nada más a él sino a quienes lo rodean.

> Hasta donde se puede determinar, nadie que se ha vuelto alcohólico deja de serlo. El mero hecho de abstenerse del alcohol durante meses e

> incluso durante años, nunca califica a un alcohólico para beber "normal" o socialmente; una vez que un individuo ha cruzado la línea divisoria que hay entre beber con exceso y de una manera alcohólica irresponsable, parece que no hay forma de regresar (Alcohólicos Anónimos, 2005f: 6).

El segundo punto es el análisis de la personalidad y la catarsis. Los Alcohólicos Anónimos consideran al alcohólico como un individuo inadaptado, desorientado, que casi siempre estuvo en desacuerdo con todo y con todos. Por ello, se sugiere que los adeptos realicen un examen de conciencia, a través del cual el enfermo podrá descubrir las causas que lo llevaron a beber en forma destructiva, lo que le facilitará cambiar de juicios y actitudes.

> Después de lo anterior, deberá darse la oportunidad de hacer una catarsis o saneamiento mental, expulsando todo aquello que mantuvo en secreto y que le ocasionaba intranquilidad, es conveniente que esto lo lleve a cabo con un psiquiatra, con un consejero espiritual o un miembro experimentado de A.A. que haya practicado este concepto (Alcohólicos Anónimos, 2011a).

El reajuste de las relaciones interpersonales corresponde al tercer inciso. En este punto los Alcohólicos Anónimos piensan que un alcohólico dañó sus relaciones personales, y que parte de su rehabilitación es restablecer los vínculos sociales. Para lograr lo anterior, intentará recordar los daños físicos y morales que ocasionó a los demás. Después, en la medida que le sea posible, tratará de reparar esos deterioros; así logrará la tranquilidad que necesita para mantenerse sin beber.

> Es muy probable que nuestros primeros intentos de hacer un inventario resulten *poco realistas*. Yo era el campeón del autoanálisis poco realista. Sólo quería considerar esos aspectos de mi vida que me parecían buenos, y luego, exageraba las virtudes que creía haber logrado y me felicitaba por el magnífico trabajo que estaba haciendo. Así, este espontáneo autoengaño siempre servía para convertir mis raros logros en graves impedimentos (…) Siempre me arrepentiré de los daños que le causé a la gente alrededor mío (Alcohólicos Anónimos, 2005k: 37-38).

La dependencia hacia un "Poder Superior" es el penúltimo punto. Para tal efecto, los Alcohólicos Anónimos requieren creer en un Poder Superior, pero sólo mediante un cambio de juicios y actitudes podrán lograr su cometido. La aceptación de la ayuda de Dios les retribuirá una nueva forma vida.

> No es conveniente depender de las personas o cosas, pues en algún momento nos pueden fallar. Inicialmente se puede depender del Grupo de A.A. y después si así lo prefiere, puede depender de un Dios, tal como

> él lo entienda, ya que en Alcohólicos Anónimos se respeta la libertad de creencias (Alcohólicos Anónimos, 2011a).

El último punto es trabajando con otros. Alcohólicos Anónimos deduce que, al dejar de beber, el alcohólico necesita canalizar su energía en algo que le ayude en su recuperación. La actividad que recomiendan es ayudar a otros alcohólicos de la misma manera que lo hicieron con él. La finalidad es reforzar su sobriedad mediante el servicio, manifestando de dicha forma su gratitud hacia la agrupación.

> Nos dimos cuenta de que trabajando con otros alcohólicos que recurrían a Alcohólicos Anónimos buscando ayuda, era una forma eficaz de fortalecer nuestra propia sobriedad. Cuando fue posible, tratamos de hacer nuestra parte, teniendo presente siempre que la otra persona era la única que podía determinar si era o no alcohólica (Alcohólicos Anónimos, 2005g: 12).

Es importante señalar que la práctica de estos cinco puntos es supuestamente sugerida, de modo que no son obligatorios para nadie, ni representan un requisito para integrarse a Alcohólicos Anónimos.

Sin embargo, es obvio pensar que para elaborar un programa de rehabilitación como el expuesto anteriormente, debe existir una concepción sobre el problema a tratar. En su caso, hay que resaltar que Alcohólicos Anónimos concibe el alcoholismo como "*una compulsión física unida a una obsesión mental*; con esto queremos decir que tenemos un deseo físico característico para consumir alcohol más allá de nuestra capacidad para controlarlo, desafiando todas las reglas del sentido común. No sólo tenemos un anhelo vehemente de alcohol, sino que con frecuencia nos sometíamos a él cuando era el peor momento. No sabíamos cómo ni cuándo parar de beber y con frecuencia, no parecíamos tener el juicio suficiente para saber cuándo no debíamos empezar" (Alcohólicos Anónimos, 2005g: 5).

> El alcoholismo es una enfermedad *progresiva* que no se puede *curar*, pero al igual que muchas otras enfermedades, se puede detener. Al verla un poco más en detalle, muchos a. as., sienten que la enfermedad representa una combinación de una sensibilidad física hacia el alcohol y una obsesión mental por beber que, sin importar las consecuencias, no se puede romper sólo con fuerza de voluntad (Alcohólicos Anónimos, 2005k: 4-5).

Con base en tal definición, los Alcohólicos Anónimos consideran como alcohólico a todo individuo "a quien la bebida causa un continuo problema en cualquier aspecto de su vida y que sufre una enfermedad para la cual no se conoce remedio alguno, es decir, no hay curación en el

sentido de que él o ella puedan ser capaces de beber moderadamente, como lo hace un no alcohólico por un periodo determinado de tiempo" (Alcohólicos Anónimos, 2011b).

En Doble A señalan que cuando se presenta la enfermedad (una compulsión física combinada con una obsesión mental por beber), el alcohólico debe aprender a permanecer totalmente alejado del alcohol para llevar una vida normal.

> El alcoholismo sigue muchos caminos. Algunos miembros de Alcohólicos Anónimos bebieron en una forma fuera de control desde su primer trago. Otros progresaron lentamente durante décadas hasta beber sin control. Algunos alcohólicos son solamente bebedores diurnos. Algunos pueden ser capaces de abstenerse por largos períodos, que luego cortan por un "carrusel" en el que beben sin ningún control. A estos últimos se les llama "bebedores periódicos" (Alcohólicos Anónimos, 2011b).

Según A.A. una cosa que todos los alcohólicos parecen tener en común es que, con el tiempo, empeora su manera de beber, porque no existe evidencia confiable de que alguien que haya sido alcohólico sea capaz de volver, a la larga, a beber normal y socialmente (Gutiérrez, 2014).

A causa de que la enfermedad progresa por etapas, existen también diversos tipos de bebedores y síntomas característicos de la enfermedad. De acuerdo con la percepción de Doble A hay tres tipos de enfermos alcohólicos. "El primero de ellos es el bebedor social, siendo aquel que suele beber en reuniones de trabajo o amigos. A menudo, este tipo de bebedores toma dos o tres copas sin causarle ningún problema el decir que no a la próxima invitación. Tiene la capacidad de decidir si acepta beber o no" (Alcohólicos Anónimos, 2011c).

El siguiente es el bebedor fuerte. "Este tipo de bebedor es el que bebe en exceso, es aquel que tiene el hábito de beber gradualmente hasta que llega a perjudicarle en lo físico y en lo mental. Si se presenta una razón bastante poderosa (mala salud, enamoramiento, cambio de medio ambiente, o la advertencia de un médico) puede dejar de beber o hacerlo con moderación, aunque esto le resulte difícil o tal vez necesite ayuda médica" (Alcohólicos Anónimos, 2011c).

El último tipo es el bebedor problema. Considerado por Alcohólicos Anónimos como aquel que pudo haber pasado por las etapas anteriores. Pero en alguna parte de su ciclo como bebedor, empieza a perder todo el control sobre su consumo de alcohol una vez que comienza a beber. "Hace cosas absurdas, increíbles o trágicas cuando

bebe. Rara vez se embriaga a medias. Mientras bebe, su modo de ser se parece muy poco a su naturaleza normal. Puede ser una magnifica persona; pero si bebe un día, se volverá repugnante y, hasta peligrosamente antisocial. Además, tiene verdadero talento para emborracharse exactamente en el momento más inoportuno y, particularmente, cuando tiene alguna decisión importante que tomar o compromiso que cumplir. Ha perdido amigos, es incapaz de conservar un trabajo y varias de sus relaciones más íntimas se encuentran en ruinas. Quizá ha consultado a médicos y empezado el agotador peregrinar por hospitales y sanatorios. Entiende perfectamente bien que no puede beber normalmente, pero es incapaz de comprender, porque pierde todo el interés en las relaciones sociales del mundo que le rodea, y gradualmente, en la vida misma. La única emoción que muestra con alguna consistencia es la auto-lástima. En muchos puntos, estos tipos de bebedores parecen ya "carecer de esperanza". Pero la experiencia de Alcohólicos Anónimos ha demostrado que sin importar qué tan bajo hayan llegado los bebedores en la escala del alcoholismo, existe una esperanza de recuperarse siempre que ellos, así lo deseen con sinceridad" (Alcohólicos Anónimos, 2011c).

Alcohólicos Anónimos asevera que este tipo de bebedores comparte alguno de los síntomas siguientes:

- Beber para sentir confianza en sí mismo.
- Pérdida del control sobre la manera de beber.
- A menudo desea una copa más.
- Trata de controlar su bebida.
- Bebe cuando no planea hacerlo.
- Tiene periodos de abstinencia.
- Tiene lagunas mentales o pérdida casual de la memoria.
- Hay fuertes sentimientos de culpa.

Los padecimientos se presentan de forma diferente en cada persona, porque las causas y la complexión física son diversas en todos los enfermos alcohólicos. De hecho, existe un estándar de dichas manifestaciones para determinar en qué tipo de bebedor se encuentra el individuo (Gutiérrez, 2014).

> No todos los alcohólicos tienen los mismos síntomas, pero muchos – en diferentes etapas de la enfermedad – muestran los siguientes síntomas: sienten culpas y miedos, dejan de comer y les viene desnutrición, se originan cirrosis de hígado, tiemblan violentamente, sufren alucinaciones o tienen convulsiones cuando suprimen el alcohol (Alcohólicos Anónimos, 2005j: 4).

Independientemente de los síntomas que pueda llegar a tener un alcohólico por su manera de beber, me parece relevante subrayar que "la mayor parte de los a. as., dirá que ser alcohólico no lo determina con *qué* frecuencia se bebe, sino *cómo* se bebe" (Alcohólicos Anónimos, 2005f: 8).

Esto concuerda con la afirmación que hizo David Mandelbaum sobre la ingestión de alcohol. "Cuando un hombre levanta una copa, de antemano está determinando no sólo el tipo de bebida que ésta contiene, la cantidad que probablemente ingerirá él y las circunstancias en las que la beberá, sino también si el contenido de la copa le alegrará o le atontará, le despertará afecto o agresividad, culpa o puro placer. Estas definiciones culturales y muchas otras están ligadas al trago incluso antes de que toque los labios" (Mandelbaum, 1965; citado en Brandes, 2004a: 10).

Cabe agregar que en Doble A como parte del programa rehabilitación han diseñado el Plan de las Veinticuatro Horas. Este consiste básicamente en una frase que se emplea para descubrir el enfoque de A.A., al problema de permanecer sin beber.

> El miembro de A.A. reconoce que el mayor problema es permanecer sin beber ¡ahora! Las veinticuatro horas actuales es el único periodo en el que el A.A. puede hacer algo acerca de lo referente a la bebida; el ayer ya se fue y el mañana todavía no llega, "pero hoy", dice el A.A., "hoy, no me tomaré un solo trago. Puedo estar tentado a beber mañana… y quizá lo haré, pero el mañana es algo de lo que me preocuparé cuando llegue. Mi gran problema es no beber un trago durante estas veinticuatro horas" (Alcohólicos Anónimos, 2005f: 34).

Asimismo, el plan de las veinticuatro horas se fortalece a través de los tres axiomas de fe: "Poco a poco se va lejos", "Vive y deja vivir" y "Primero es lo primero". De acuerdo con los Alcohólicos Anónimos el practicar de manera diaria tales proverbios les ayuda a vivir alejados del alcohol (Gutiérrez, 2014).

Otra característica importante en el método terapéutico de Doble A es la utilización frecuente de las oraciones de la *Serenidad*,[7] del *Servicio*,[8] del *Señor*,[9] del *Yo soy responsable*,[10] de *San Francisco de Asís*[11] y la *Declaración de*

[7] "Dios, concédenos serenidad para aceptar las cosas que no podemos cambiar, valor para cambiar las que sí podemos, y sabiduría para discernir la diferencia" (Alcohólicos Anónimos, 2009: 45).
[8] "Dios mío, concédeme la serenidad, el valor y la sabiduría para que esta reunión de servicio de A.A., este totalmente a salvo especialmente de nosotros mismos" (Alcohólicos Anónimos, 2006a: 15).
[9] "Padre nuestro que estás en los cielos, santificado sea tu nombre. Venga tu reino. Hágase tu voluntad, como en el cielo, así también en la tierra. Danos hoy el pan nuestro de cada día. Y perdónanos nuestras a deudas, como también nosotros perdonamos a nuestros deudores. Y no nos metas en tentación, más líbranos del mal; porque tuyo es el reino, y el poder y la gloria, por todos los siglos. Amén." (Mateo 6:9-13, citado en Biblia, 1995: 1513-1514).

la unidad.[12] Dichas oraciones son útiles para recordar que los alcohólicos están esforzándose para fortalecer la serenidad espiritual[13] (Gutiérrez, 2014).

También hay doce preceptos que son importantes que los Alcohólicos Anónimos tengan presentes en cuanto a lo que no hace la agrupación:

1. No ofrece motivación inicial para la recuperación de los alcohólicos, ni trata de persuadir a nadie para que permanezca en la Agrupación.
2. No mantiene archivos o historias clínicas.
3. No toma parte en investigaciones, ni las patrocina.
4. No se une a Consejos de agencias sociales, a pesar de que los miembros y Grupos de A.A. frecuentemente cooperan con ellos.
5. No trata de controlar a sus miembros.
6. No hace diagnósticos médicos o psicológicos.
7. No proporciona servicio de hospitalización, ni enfermería, drogas o cualquier tipo de tratamiento médico o psiquiátrico.
8. No ofrece servicios religiosos ni espirituales.
9. No interviene en propaganda o educación acerca del alcoholismo.
10. No proporciona casa, alimento, ropa, trabajo, dinero o cualquier tipo de servicio social o de caridad.
11. No proporciona consejos de tipo vocacional.
12. No acepta dinero por sus servicios, o cualquier otro tipo de contribución proveniente de fuentes distintas a las de A.A. (Alcohólicos Anónimos, 2005d: 27).

Según Doble A, tales aclaraciones son trascendentales para deslindarse de todas aquellas organizaciones que lucran con el nombre de la agrupación,

---

[10] "Yo soy responsable, cuando cualquiera, donde quiera, extienda su mano pidiendo ayuda, quiero que la mano de A.A. siempre está ahí; y por esto: Yo soy responsable" (Alcohólicos Anónimos, 2005e: 20).

[11] "Señor, haz de mí conducto de tu paz. Para que allí donde haya odio, pueda llevar amor; Para que en donde haya el mal, pueda llevar el espíritu del perdón. Para que a donde haya discordancia, pueda llevar la armonía. Para que en donde haya error, pueda llevar la verdad. Para que en donde haya la duda, pueda llevar la fe. Para que a donde haya tinieblas, pueda llevar la luz. Para que a donde haya tristeza, pueda llevar alegría. Señor, concédeme que yo pueda consolar y no ser consolado. Comprender, y no ser comprendido. Amar, y no ser amado. Porque para encontrarse hay que olvidarse de sí mismo. Perdonando seremos perdonados. Al morir, es cuando despertamos a la Vida Eterna. Amén" (Alcohólicos Anónimos, 2005k: 50).

[12] Debemos hacer esto para el futuro de A.A., colocar en primer lugar nuestro bienestar común para mantener nuestra Comunidad unida. Porque de la unidad de A.A. dependen nuestras vidas, y las vidas de todos los que vendrán (Alcohólicos Anónimos, 2006a: 1).

[13] Dependiendo el tipo de reunión se emplea cada oración.

con el logotipo, con el programa de rehabilitación, con la literatura y con todo lo que pueden (Gutiérrez, 2014).

No obstante, algunos de estos puntos no concuerdan con el método terapéutico ni se cumplen.

Por ejemplo, referente al primer punto, pues es innegable que A.A. estimula a sus adeptos a permanecer en la comunidad, tanto así que recomienda no abandonar el grupo, porque lo más probable es que recaiga el alcohólico si se aleja de él.

En el segundo punto, si bien, no cuenta con un historial clínico de sus adeptos, sí tiene un archivo general que se encuentra en la Oficina de Servicios Generales de Alcohólicos Anónimos.

Los puntos tres, cuatro y cinco hasta donde he investigado son ciertos. Sin embargo, el punto seis es falso, porque cuando se llega por primera vez al grupo, se le entrega un tríptico que contiene una serie de preguntas que el individuo debe responder para saber si tiene dificultades con su manera de beber.

Por su parte, el inciso siete es parcialmente verdadero, porque en efecto A.A. no provee ningún servicio de hospitalización o medicamentos, pero sí proporciona tratamiento, puesto que el programa es un método de rehabilitación y su base de funcionamiento son las terapias de grupo y la psicoterapia ocupacional.

Es indudable que el octavo punto es falso, debido a que no se puede negar la religiosidad del programa terapéutico de Doble A, ni las prácticas ascéticas por parte de sus miembros (Gutiérrez, 2014).

El sólo hecho de tener una página web, un logotipo, spots, etcétera, es tener publicidad, así como el asistir a ferias en las universidades, coloquios o eventos de la Secretaria de Salud o de sus dependencias, como el IMSS y el ISSTE para dar a conocer su programa de recuperación, es contribuir a la educación acerca del alcoholismo, por lo tanto, el noveno punto es falso. Los restantes incisos son verdaderos.

Hasta aquí es básicamente el contexto que presenta en nuestros días la fraternidad de Doble A en los 180 países donde tiene presencia, con más de 2 millones de miembros, los cuales se reúnen en grupos locales que varían de un puñado de exbebedores en algunas localidades, hasta muchos cientos de ellos en las más grandes, que comparten su

mutua experiencia, fortaleza y esperanza para resolver su problema común y ayudar a otros a recuperarse del alcoholismo (Alcohólicos Anónimos, 2005e).

Alcohólicos Anónimos en México.

En México, la primera mención acerca de Alcohólicos Anónimos se da en el primer año de la década de 1940, prácticamente seis años después de su fundación en Estados Unidos (Gutiérrez, 2014).

> Las peculiaridades históricas de la sociedad mexicana en aquellos años no eran precisamente las más adecuadas para aceptar el surgimiento de un extraño movimiento, sospechosamente "gringo y seguramente protestante", llamado Alcoholics Anonymous. La gente desconfía siempre de lo que no comprende o desconoce (…) Una curiosa mezcla de culto al alcohol: antiguas tradiciones heredadas que se manifiestan como sentimientos encontrados respecto al bebedor, la abominación hacia el borracho, y la marcada cerrazón de una comunidad nacional con muchos prejuicios hacia el problema del alcoholismo, dificultaron grandemente los primeros pasos de A.A. en nuestro país (Alcohólicos Anónimos, 2009: 3).

Los avances en los medios de comunicación facilitaron a cierto sector de la sociedad mexicana la posibilidad de recibir publicaciones extranjeras. Tal fue el caso de Arthur Hoult y otros alcohólicos residentes en el Distrito Federal, quienes leyeron en marzo de 1941 el artículo del periodista Jack Alexander, sobre A.A., publicado en el Saturday Evening Post (Gutiérrez, 2014).

> Arthur escribió a la Oficina Central de Nueva York en abril de 1941, solicitando información. Poco después de recibirla acompañada de alguna literatura entonces disponible, Arthur volvió a pedir más material informativo, esta vez, para cinco de sus amigos también residentes en la ciudad de México. La correspondencia de Arthur se interrumpió un año después y la oficina no volvió a saber nada de él (Alcohólicos Anónimos, 2009: 5).

Posteriormente, a principios de 1945, en la ciudad de los Ángeles, California, Gilberto Martínez recibió el mensaje de Alcohólicos Anónimos. El mismo año fundó con el apoyo de su esposa, Francisca González, un grupo de Alcohólicos Anónimos en México, ubicado en la ciudad de Monterrey, Nuevo León[14] (Gutiérrez, 2014).

[14] El grupo Monterrey no se considera como el primero que existió en nuestro país y mucho menos en el estado de Nuevo León, debido a que sólo funcionó como tal durante unos dos años. Esta designación, quizá haya sido originada por la costumbre que existe en A.A. de contar el tiempo de sobriedad de un miembro en forma ininterrumpida, si recae y regresa, se vuelve a empezar la cuenta; de la misma manera se cuenta el tiempo de un grupo de acuerdo con los años que lleve funcionando en forma continua.

> Preocupada por la sobriedad de Gilberto [Francisca González], estableció un vínculo sólido con la Oficina Central de Nueva York y sirvió de contacto entre ésta, Monterey y todo México, durante el periodo comprendido entre agosto de 1945 y junio de 1946 (Alcohólicos Anónimos, 2009: 6-7).

Sin embargo, en febrero de 1946, se suscitaron distintas controversias con algunas compañías cerveceras por el mensaje de Alcohólicos Anónimos en los diarios de esa entidad, lo que ocasionó que para septiembre de ese año dejara de funcionar el grupo (Gutiérrez, 2014).

Ese mismo mes y año que cerró el grupo Monterrey, pero siendo el día 18, se llevó a cabo la primera junta de información pública de Alcohólicos Anónimos en el teatro del pueblo de la Ciudad de México, encabezada por Ricardo B. Pérez proveniente de Cleveland, Ohio y cónsul de México en esa ciudad. La finalidad del evento era trasmitir el mensaje de Alcohólicos Anónimos a la sociedad mexicana para que se integrara en las actividades de dicha comunidad (Gutiérrez, 2014).

> En septiembre de 1946, tuve la oportunidad de viajar a México para dar a conocer la fenomenal experiencia que estaba ocurriendo en Cleveland (…) La conferencia se llevó a cabo en el teatro Abelardo Rodríguez y fue un éxito en cuanto asistencia, información e interés; pero lamentablemente no se lograron los resultados prácticos, tales como formar un grupo (Alcohólicos Anónimos, 2009: 17-18).

Ricardo B. Pérez es considerado por los Alcohólicos Anónimos como pieza fundamental para que floreciera el programa no sólo en México sino en todos los países de habla hispana, ya que él y su esposa hicieron la primera traducción del Libro Grande al español (Gutiérrez, 2014).

> A mi amigo de Alcohólicos Anónimos, Ricardo P., en testimonio de mi más profunda gratitud por su ardua labor de traducción al español de nuestro libro, con el fin de que nuestros hermanos en los países donde se habla castellano puedan salir de la oscuridad para entrar en la luz. Afectuosamente, Bill Wilson. 23 de julio de 1946 (Alcohólicos Anónimos, 2009: 18).

Siete días después de la reunión de información pública que brindó Ricardo B. Pérez en el teatro de Abelardo Rodríguez, o sea el 25 de septiembre de 1946, Lester Fox y Pauline Doerr fundan el primer Grupo de habla inglesa de Alcohólicos Anónimos en México, el México City Group (Gutiérrez, 2014).

> En el México City Group el primer secretario fue Lester, quien, después cedió los bártulos a Pauline, en enero de 1947. El presidente del grupo era

> Fernando. El primer año de este grupo, fue particularmente difícil. En la correspondencia de Pauline se reflejan las penalidades que estaban pasando: Lester estaba muy inestable y junto con otro compañero mexicano, su ahijado Fernando, se turnaban en las recaídas, mientras Pauline era el único miembro estable. Los pocos miembros del grupo se reunían en la casa de uno y otro, pues por diversos motivos habían dejado de sesionar en el local original. Para colmo, muchos se quejaban y se resistían a celebrar juntas en los anexos de parroquias protestantes. Mientras, la colonia americana seguía bebiendo, haciendo caso omiso de los mensajes transmitidos por Pauline (Alcohólicos Anónimos, 2009: 10).

El primer Grupo de Alcohólicos Anónimos de habla hispana en la república mexicana es el Hospital Central Militar. Este Grupo comenzó a sesionar el 16 de diciembre de 1956, en el pabellón de psiquiatría del Hospital Militar en la Ciudad de México. Sus fundadores fueron el médico José González Varela y el mayor Joaquín V. Barrón con la colaboración de Irma Reyes, esposa de este último. Dos años más tarde le cambiaron el nombre al grupo, quedando como Distrito Federal (Gutiérrez, 2014).

> Al percatarse de que el rumbo en que el grupo estaba enclavado representaba ciertos peligros para la seguridad de los miembros, éstos optaron por mudarse a un local situado en la avenida Hidalgo 61, justo enfrente de la Alameda Central. Frecuentemente se escuchan en los grupos, menciones históricas del grupo del Carmen y del grupo Hidalgo, pero en realidad se refieren a un mismo grupo que, desde enero de 1958, se denomina grupo Distrito Federal, el cual actualmente radica en el tercer piso del número 17 de la calle Ignacio Mariscal (Alcohólicos Anónimos, 2009: 50).

Trascurrieron tan sólo tres meses de la apertura del primer grupo de Doble A por gente mexicana, cuando el 15 de marzo de 1957, el Grupo Panteón Florido[15] abrió sus puertas en la ciudad de Mérida, Yucatán (Gutiérrez, 2014).

> El Panteón Florido fue un auténtico semillero de grupos para el Estado. Entre 1962 y 1964 llegó a contar con más de 250 miembros, de entre los cuales salieron los fundadores de los grupos: Guadalupano, Leandro Ayala, San Martín, San Antelmo y muchos otros, incluyendo uno denominado Margaret, formado por mujeres de A.A. (…) el grupo Panteón Florido sigue funcionando hasta la fecha y sus miembros, así como toda la Comunidad, dan gracias a Dios por todos estos años de existencia (Alcohólicos Anónimos, 2009: 69).

[15] A este grupo asistió siete meses después de haber sido inaugurado "Bill W., quien estaba de paso por Mérida, luego de un viaje por el Caribe debido a la enfermedad de su esposa Lois (…) Bill y Lois asistieron a la primera Junta Pública de Información del Grupo, al que en lo sucesivo se le denominó "grupo de A.A. Panteón Florido", según se dice, por sugerencia del propio Bill W." (Alcohólicos Anónimos, 2009: 68).

La apertura del grupo Panteón Florido fue un acontecimiento muy representativo en el sureste del país, ya que con él se expandió la prédica de Doble A no sólo en esa área del país, sino prácticamente por todo Centroamérica. A tal grado que, en diciembre de 1958, Gordon Mac Dougall se reunió con los secretarios de los "grupos y juntos pactaron hacer un plan para incentivar e incrementar el desarrollo, integración y fortalecimiento de A.A. en la región, al que llamaron "Cruzada del Caribe". Dicho plan consistía en una intensa labor de difusión y acercamiento con la comunidad, para lo cual se entrevistaron con médicos, directores de hospitales, clérigos, autoridades, medios de información y, en general, con toda institución profesional, que pudiera apoyar la labor de A.A." (Alcohólicos Anónimos, 2009: 69-70).

El propio Gordon Mac Dougall, en un informe sobre la Cruzada del Caribe a la Oficina de Servicios Generales de Nueva York, mencionó lo siguiente:

1. Han surgido cuando menos 11 grupos: Bahamas (1), El Salvador (2), Trinada (2), Granada (1), Ecuador (1), Perú (1), Guatemala (1), Honduras (2).
2. El número de socios en la región se ha elevado de 800 a 1,600.
3. Han surgido cuatro publicaciones periódicas.
4. A través de la prensa y la radio ha llegado por primera vez el mensaje de A.A. a más de 10 millones de personas.
5. Se ha establecido un considerable intercambio de correspondencia.
6. Se está desarrollando un vasto plan para el español – en menor escala también al portugués – y la difusión de la literatura de Alcohólicos Anónimos y del National Council on Alcoholism.
7. Varios miembros de grupos han disertado sobre A.A. ante reuniones de médicos, de clérigos y de otras personas que se interesan en el problema del alcoholismo.
8. Se han recibido promesas de cooperación de la Iglesia católica y de la anglicana, además de una docena de hospitales y de más de cincuenta médicos (Alcohólicos Anónimos, 2009: 82-83).

Cinco años después, en un comunicado dirigido a los grupos de A.A. en Estados Unidos, el propio Gordon Mac Dougall dice:

> Lo primero que hicimos fue pedir ayuda para conseguir más libros y literatura para distribuir. Diferentes grupos de A.A. en los Estados Unidos respondieron con aportaciones en suma total de 500 dólares para sufragar su costo y la oficina principal en Nueva York generosamente se encargó de contestar cartas y llamadas telefónicas y de proporcionar

> información y enviar literatura por correo (…) Hemos tenido un intercambio de 25,000 cartas y otros contactos por correo. Más del 80% de los grupos de esa área se han unido a la cruzada. Los reportes a mano indican que cuando menos 10,500 personas se han unido a A.A. en esas regiones en los últimos 65 meses, y que en el mismo periodo se han iniciado 340 Grupos nuevos. El esfuerzo de la Cruzada ha sido ampliado, y hoy día incluye todo Centro y Sudamérica (Alcohólicos Anónimos, 2009: 70).

Lo que se conoce como la Cruzada del Caribe abarca un período de aproximadamente seis años y medio, de enero de 1959 al mes de abril de 1965, cuando ocurrió el fallecimiento de Gordon Mac Dougall[16] (Gutiérrez, 2014).

Al mismo tiempo que se encontraba la Cruzada del Caribe, pero en el occidente de México, se forma el Grupo Tapatío.[17] Éste se encuentra ubicado en la ciudad de Guadalajara. Inició sus actividades el 12 de marzo de 1961, con tan sólo tres miembros; Harry Olmstead, Estanislao S. y Rubén V. (Gutiérrez, 2014).

> En 1964 el grupo Tapatío aparecería en el directorio mundial con setenta y cinco miembros, por lo cual se considera como el primer grupo grande que hubo en el país, sólo superado años después por el Mat Talbot y el grupo Bolívar (Alcohólicos Anónimos, 2009: 39).

Así también, en 1961 nacieron los grupos que a continuación se enlistan:

El 5 de mayo, el grupo Bolívar en México, D.F.; el 20 de mayo, el grupo Michoacano de Morelia, Michoacán; y luego, el grupo Misión Doce de Mérida, Yucatán (Gutiérrez, 2014).

En el año de 1962, surgieron: el 12 de marzo, el grupo Tampico, en Tamaulipas; el 15 de junio, el grupo Serenidad en Guadalajara, Jalisco; y el 9 de agosto, el grupo Potosino en la capital de San Luis Potosí (Gutiérrez, 2014).

En 1963: el 1 de febrero, el grupo San José Analco en Guadalajara, Jalisco; el 24 de ese mismo mes, el grupo Joseph Kessel en Río Grande Zacatecas; el 21 de abril, el grupo Mat Talbot, en la ciudad de México; el 13 de marzo, el grupo Colón en Guadalajara; el 30 de julio, el grupo Corito en el puerto de Tampico; el 17 de junio, el grupo Ak-Kin-Pech, en

---

16 Gordon Mac Dougall murió en su casa de Florida, el 27 de marzo de 1965.

17 En 1957 se funda el grupo Tapatío con quince miembros, pero desapareció un par de años más tarde; este Grupo no tiene relación con el actual Grupo Tapatío que nació en 1961.

Campeche, Campeche; y el 9 de noviembre, el grupo Valle de México en el Distrito Federal (Gutiérrez, 2014).

Para el año de 1964 surgen: el 1 de enero, el grupo Ciento Once, en el D.F.; también el 22 de ese mes, el grupo Melchor Ocampo en Tampico; el 4 de febrero, el grupo XII, en Guadalajara; el 24 de marzo, el grupo Presbítero José María Juárez, en San Francisco del Rincón, Guanajuato; los grupos Nueva España y Primavera, en la ciudad de León, Guanajuato, los días 10 y 18 de julio respectivamente; el 4 de agosto, el grupo Progreso en el D.F.; y el 30 de agosto, el grupo Victoria, en Tamaulipas; y finalmente el 12 de octubre, nace el grupo Merced, en la capital del país (Gutiérrez, 2014).

> Al mes de abril de 1964, un recuento de grupos en nuestro país ascendía a la cifra de treinta y uno, diseminados por casi todo el territorio nacional, con marcadas excepciones de los estados norteños y de la Costa del Pacífico, en los cuales, la presencia de A.A. era prácticamente nula (Alcohólicos Anónimos, 2009: 85).

También en 1964 se forman las primeras oficinas intergrupales en el Distrito Federal y en Guadalajara. Ese mismo año, pero en los días 29 y 30 de agosto, se realizó el primer congreso nacional de Alcohólicos Anónimos en México (Gutiérrez, 2014).

Finalmente, el evento que trazó el destino de Alcohólicos Anónimos en nuestro país fue la Primera Asamblea Mexicana, realizada el 16 de septiembre de 1969, en la que asistieron 22 representantes de 21 estados de la república, en la cual se asumió la responsabilidad del Tercer Legado en México y una de las primeras tareas fue la creación de la Oficina de Servicios Generales instituida el 9 de diciembre de 1969 en la Ciudad de México. Actualmente la Oficina de Servicios Generales se encuentra ubicada en calle Huatabampo No. 18, colonia Roma Sur, Ciudad de México (Gutiérrez, 2014).

La comunidad de Doble A funciona en México a través de 2 Territorios, divididos en 6 Regiones que se encuentran diseminadas en 82 Áreas, en las que hay 1,272 Distritos, 14,510 Grupos y 129,021 miembros. Uno de los Territorios es el Norte, en donde se encuentran los estados de Aguascalientes, Baja California, Baja California Sur, Coahuila, Colima, Chihuahua, Durango, Guanajuato, Jalisco, Michoacán, Nayarit, Nuevo León, San Luis Potosí, Sinaloa, Sonora, Tamaulipas y Zacatecas. El otro Territorio es el Sur, donde están los estados de Campeche, Chiapas, Distrito Federal, Guerrero, Hidalgo, Estado de México, Morelos, Oaxaca,

Puebla, Querétaro, Quintana Roo, Tabasco, Tlaxcala, Veracruz y Yucatán (Gutiérrez, 2014).

Las 6 regiones son; Norte Poniente (Baja California, Baja California Sur, Chihuahua, Durango, Sinaloa y Sonora), Norte Oriente (Aguascalientes, Coahuila, Nuevo León, San Luis Potosí, Tamaulipas y Zacatecas), Centro Poniente (Colima, Guanajuato, Jalisco, Michoacán y Nayarit), Centro Oriente (Distrito Federal, Estado de México, Hidalgo, Tlaxcala y Querétaro), Sur Poniente (Guerrero, Morelos, Oaxaca, Puebla, y Veracruz), y la Sur Oriente (Campeche, Chiapas, Quintana Roo, Tabasco y Yucatán) (Gutiérrez, 2014).

Con base en los registros de la Central Mexicana de Servicios Generales de Alcohólicos Anónimos de 2011, el número total de miembros por entidad federativa es el siguiente; Aguascalientes (2458), Baja California (2700), Baja California Sur (1055), Campeche (1291), Coahuila (2319), Colima (780), Chiapas (9424), Chihuahua (1908), Distrito Federal (8958), Durango (2691), Estado de México (7202), Guanajuato (8324), Guerrero (4294), Hidalgo (759), Jalisco (9081), Michoacán (8899), Morelos (3021), Nayarit (2565), Nuevo León (1516), Oaxaca (6704), Puebla (3518), Querétaro (1057), Quintana Roo (1781), San Luis Potosí (2230), Sinaloa (3859), Sonora (4558), Tabasco (5078), Tamaulipas (1143), Tlaxcala (273), Veracruz (12186), Yucatán (4791) y Zacatecas (2598) (Gutiérrez, 2014).

Es imprescindible aclarar que hay dos tipos de adeptos en los grupos de A.A.; aquellos que sólo asisten a las reuniones para practicar los doce pasos de recuperación (miembros) y aquellos que practican también los otros dos legados (conciencia). Por ello, es muy difícil determinar del total de los adeptos de Doble A en México quién es miembro y quién conciencia. Sin embargo, sí es posible decir que todo grupo de Doble A cuenta con individuos considerados como “conciencia” puesto que los grupos existen (Gutiérrez, 2014).

Estructura de Alcohólicos Anónimos en México.

La Estructura de la Conferencia Mexicana de Servicios Generales de Alcohólicos Anónimos es la que hace posible llevar a cabo los servicios generales en todos los grupos. Es la Estructura la que, en A.A. ocupa el lugar de dirección para asegurar que los servicios globales que ofrece A.A. sigan funcionando de acuerdo con los requerimientos de su comunidad (Ver Organigrama 1).

Organigrama 1. Estructura de la Conferencia Mexicana de Servicios Generales

Grupos de A.A.

R.S.G. de los Grupos

Comités de Distrito

Asambleas de Área

Conferencia de Servicios Generales

Finanzas

Instituciones correccionales

Literatura

Nominaciones

Cooperación con la comunidad profesional

Centros de tratamiento

Información pública

Política y admisiones

Agenda

Plenitud

Informe y acta constitutiva

Eventos nacionales

Archivos históricos

Junta de Servicios Generales

Finanzas

Instituciones correccionales

Literatura

Nominaciones

Cooperación con la comunidad profesional

Centros de tratamiento

Información pública

Agenda

Eventos nacionales

Archivos históricos

Internacional

Sesión de compartimiento general

Junta Directiva de Servicios Generales

Oficina de Servicios Generales

Junta Directiva de Plenitud A.A.

Oficina de Plenitud A.A.

Fuente: Manual de Servicio de Alcohólicos Anónimos, 2006.

Entre los Servicios Generales figuran actividades de todo tipo dentro de la estructura de la Conferencia, efectuadas por los Distritos, los Comités de

Área, los delegados, los custodios, la revista Plenitud A.A. y la Oficina de Servicios Generales. Normalmente, estos servicios son los que hacen funcionar la estructura del sistema de Alcohólicos Anónimos en su totalidad (Gutiérrez, 2014).

Para los miembros de Alcohólicos Anónimos es considerada una organización atípica, porque como se ve en el organigrama uno, los grupos aparecen en la parte de arriba. Su fundador Bill W. escribió al respecto:

> Hoy día los Grupos de A.A. tienen la responsabilidad final y la autoridad fundamental de nuestros servicios mundiales. Delegaron a la Conferencia la plena autoridad para el mantenimiento activo de nuestros servicios mundiales y, por este medio, convirtieron a la Conferencia en la voz activa y conciencia efectiva de toda nuestra Comunidad (Alcohólicos Anónimos, 2006a: 28).

Por ello, la comunidad de Doble A menciona que, para mantener nivelado, por un lado, el mando y la responsabilidad fundamental, y por el otro, las operaciones diarias de los servicios mundiales, es necesario mantener la comunicación entre todos los elementos de la estructura (Gutiérrez, 2014).

El R.S.G. es el responsable de llevar todas las dudas, inquietudes, inconformidades, deseos, etc., del grupo ante el representante del Distrito.[18] Si no se pueden resolver las peticiones de los miembros del grupo, entonces, el representante del Distrito (Miembro de Comité) lleva las solicitudes ante el representante del Área,[19] quien funge como delegado ante la Conferencia de Servicios Generales[20] (Gutiérrez, 2014).

Celebrada la Conferencia, el delegado regresa a su Área y ahí, por conducto de los M.C.D. y los R.S.G. de los Grupos, informa sobre lo acontecido en la Conferencia. Al mismo tiempo, las recomendaciones que se hayan remitido a la atención de los Custodios son enviadas a los Comités de Custodios, a la Oficina de Servicios Generales o a Plenitud A.A. para su cumplimiento (Gutiérrez, 2014).

---

[18] Un Distrito está compuesto por Grupos. Es necesario contar mínimamente con tres Grupos para conformar un Distrito. El R.S.G. de cada Grupo perteneciente al mismo Distrito, elige al Miembro de Comité de Distrito (M.C.D.), quien forma parte del Comité de Área.

[19] La Conferencia Mexicana de Alcohólicos Anónimos actualmente está conformada por 82 Áreas, compuestas en algunos casos por un estado, parte de un estado o, en otros casos, por diversas partes de más de un estado.

[20] En la Conferencia de Servicios Generales se consideran distintos asuntos de importancia para la comunidad entera. Primero son analizados por uno de los Comités Permanentes y luego se presentan en forma de recomendaciones ante el Pleno de la Conferencia. En esa coyuntura, todos los miembros de la Conferencia tienen la oportunidad de discutir las recomendaciones y hacer preguntas al respecto antes de someterlas a votación. Las recomendaciones que se aprueban por voto se convierten en las acciones de la Conferencia.

Cabe aclarar que la Conferencia está compuesta por los Delegados de Área, los Custodios,[21] los Directores de Servicios Generales y Directores de Plenitud A.A. tradicionalmente, los Delegados de Área constituyen los dos tercios del pleno de la Conferencia (Gutiérrez, 2014).

A su vez, las dos corporaciones operantes de la Junta, Servicios Generales y Plenitud A.A., hacen sus informes de la misma forma. La Junta de Servicios Generales es la entidad corporativa que emplea al personal de la Oficina de Servicios Generales (O.S.G.), dirige los servicios de la O.S.G. y es la encargada de publicar los libros y folletos. La Junta Corporativa de Plenitud A.A. emplea al personal de su oficina, administra y publica la revista de A.A. y los productos especiales como DVD, Audio Cd, entre otros más (Gutiérrez, 2014).

La Conferencia de Servicios Generales es el organismo en donde se toman las decisiones de A.A., porque "puede que no necesitemos de una Conferencia de Servicios Generales para asegurar nuestra propia recuperación. La necesitamos para asegurar la recuperación del alcohólico que anda todavía tropezando por las tinieblas a unos pasos de este salón. La necesitamos para asegurar la recuperación del niño que nace esta noche destinado al alcoholismo. La necesitamos para poder proporcionar, de acuerdo con nuestro Paso Doce, un refugio permanente para todos los alcohólicos que en las épocas por venir puedan encontrar en A.A. ese renacimiento que nos ha dado una nueva vida" (Alcohólicos Anónimos, 2006a: 33).

La dimensión religiosa de Alcohólicos Anónimos.

La tesis primaria es que la religiosidad de los adeptos se construye a través del creer en el programa de rehabilitación de Alcohólicos Anónimos. Los conceptos claves de dicho postulado son *creer*, *religiosidad* y *religión*, que no sólo se utilizan en el lenguaje cotidiano, sino que llevan consigo una historia de indagaciones filosóficas. No es preciso que entremos aquí en una discusión sobre complejidades semánticas en cuanto al uso cotidiano o socioantropológico de estos términos. Para nuestra finalidad, es suficiente con definir el creer como "el conjunto de convicciones, individuales y colectivas, que se desprenden de la verificación y la experimentación, y de manera más amplia, de los modos de reconocimiento y control que caracterizan el saber, ya que encuentran su razón de ser en el hecho de que dan sentido y coherencia a la experiencia subjetiva de quienes las mantienen. Si, a propósito de este conjunto, se habla más bien de "creer" que de "creencia" ello es porque a él se

[21] Los Custodios son miembros de A.A. que se reúnen cada tres meses para elaborar el reporte final de la Conferencia. La Junta de Servicios Generales está constituida por 19 Custodios.

incorporan, además de los objetos ideales de la convicción (las creencias propiamente dichas), todas las prácticas, los lenguajes, los gestos y los automatismos espontáneos en los cuales se inscriben estas creencias. El "creer" es la creencia en actos, es la creencia vivida" (Hervieu-Léger, 2005: 122). Por su parte, la religiosidad se entiende como "toda forma de creer que se justifique completamente a través de la inscripción que reivindica en un linaje creyente" (Hervieu-Léger, 2005: 137). Y *religión* se concibe como "un sistema de símbolos que obra para establecer vigorosos penetrantes y duraderos estados anímicos y motivaciones en los hombres formulando concepciones de un orden general de existencia y revistiendo estas concepciones con una aureola de efectividad tal que los estados anímicos y motivaciones parezcan de un realismo único" (Geertz, 2005: 89).

En ese sentido, aludimos que en Alcohólicos Anónimos utilizan la religiosidad como parte del proceso de rehabilitación, y que el creer es el medio por el cual los miembros acceden a la purificación de su alma (Gutiérrez, 2014).

> La frase "Dios como nosotros lo concebimos", es tal vez la expresión más importante que se encuentra en el vocabulario de AA. Estas cinco significativas palabras tienen un alcance tal que en ellas se puede incluir todo tipo de fe, con la seguridad absoluta de que cada uno de nosotros puede escoger la suya propia (Alcohólicos Anónimos, 2005k: 5).

Podemos colegir con esta aseveración que la religiosidad de Alcohólicos Anónimos es un elemento intrínseco dentro del método de rehabilitación, porque simplemente está concebido así, siendo que cuando un alcohólico opta por ser miembro de A.A., está aceptando la religiosidad del programa terapéutico, aunque él hilvane su propio creer (Gutiérrez, 2014).

Este tipo de creer se entiende como *la mutación de las estructuras del creer*, en donde el "creer" presenta dos niveles de estructuración muy diferentes. "Por una parte, incluye el conjunto de los "estados del cuerpo", que son inculcados por los aprendizajes primarios sin que ni siquiera los interesados tengan conciencia de ello, hasta el punto de que tienen el sentimiento de haber "nacido con" ellos: todo aquello que depende de la experiencia del mundo como evidente pertenece al dominio del creer. Por otra parte, encontramos todas las creencias formalizadas, racionalizadas, de las que los individuos son capaces de dar cuenta y de las que extraen, de forma consciente, implicaciones prácticas para la vida. En todos los casos, ya dependa de la evidencia espontanea o de la convicción teorizada, el creer escapa a la demostración, a la verificación experimental. Desde el punto de vista del "creyente", puede sostenerse por medio de un

haz de indicios o de signos. Pero, en cualquier caso, el creer conlleva, tanto por parte de los individuos como de los grupos, ya sea el retorno a un orden que se les impone desde el exterior, ya sea una apuesta, más o menos explícita, o una elección más o menos argumentada" (Hervieu-Léger, 2005: 122-123).

Con ello, la concepción acerca de la religiosidad en los miembros de Doble A se extiende más allá de sus contextos específicamente metafísicos para suministrar un marco de ideas generales dentro del cual se puede dar forma significativa a una amplia gama de experiencias mentales, emocionales y morales. Empero, esa gama de experiencias forma parte de un patrón de creencias, de un modelo, de un sistema, de un conjunto y una estructura, que se encuentra diseminada en el mundo simbólico de los adeptos de A.A., construyendo así las representaciones religiosas[22] al interior de la comunidad (Gutiérrez, 2014).

Partiendo de esta idea, pensamos que el sentimiento de pertenecía a una comunidad con carácter religioso conlleva la aceptación de determinadas normas morales de conducta que identifican a los miembros de Doble A y lo diferencian ante otros. Esto supone no sólo el reconocimiento de que las normas que rigen al grupo propio son distintas de las que rigen a los otros, sino también el de que los individuos deben comportarse de acuerdo con normas distintas, según si interactúan con miembros de su comunidad de Alcohólicos Anónimos o si lo hacen con miembros externos a ella (Gutiérrez, 2014).

De manera que para denotar la religiosidad de los adeptos de Doble A se requiere encontrar correlaciones entre actos rituales y fenómenos sociales esparcidos, porque desde luego esas concatenaciones existen y vale la pena continuar indagándolas, especialmente si logramos decir algo nuevo sobre ellas. Asimismo, es importante comprender cómo las nociones que los seres humanos tienen (por implícitas que sean) de lo "realmente real" o "verdaderamente verdadero" y las disposiciones que tales nociones ocasionan en ellos prestando atención al sentido que tienen de lo razonable, de lo práctico, de lo humano y de lo moral. Hasta qué punto ellas lo hacen (pues en los grupos de Alcohólicos Anónimos las creencias religiosas lo invaden todo), hasta dónde pueden llegar (porque en los grupos de Doble A emplean su fe en cada ocasión por trivial que ésta parezca) y con cuánta efectividad lo hacen, pues entre lo que el

[22] Las representaciones religiosas son "el conjunto de las construcciones imaginarias a través de las cuales la sociedad, algunos grupos de esta y algunos individuos de estos grupos intentan eliminar la brecha vivida entre los límites y determinaciones de lo cotidiano y estas aspiraciones a la observancia, cuya referencia la constituyen las promesas seculares de la modernidad que sustituyen a las promesas religiosas de la salvación" (Hervieu-Léger, 2005: 14).

programa de rehabilitación de Alcohólicos Anónimos recomienda y lo que sus miembros realmente hacen es enormemente variable según las creencias religiosas (Gutiérrez, 2014).

> Nuestras ideas de un Poder Superior y de Dios como nosotros lo concebimos les deparan a todos la oportunidad de elegir entre una variedad casi ilimitada de creencias y acciones espirituales (Alcohólicos Anónimos, 2005k: 6).

Este punto es trascendente en nuestra explicación, porque, como sabemos, la religiosidad va más allá de la esfera de la religión, siendo que hasta las funciones más simples de la vida fisiológica pueden producir emociones religiosas. "Todo aquel que conozca un poco los místicos persas sabe que el vino puede ser contemplado como un instrumento religioso. En realidad, en todos los países y en todas las épocas, alguna forma de liberación física (cantar, bailar, beber, la exaltación sexual) estuvo íntimamente asociada con el culto. Hasta la expansión momentánea del alma en la risa, aunque alcance un punto leve, es un ejercicio religioso cuando un impulso proveniente del mudo estimula el organismo y el resultado no es ni malestar ni dolor, ni tan sólo la contracción muscular de la virilidad, sino una expansión gozosa de toda el alma, ahí hay religión. Es el infinito que deseamos, y navegamos contentos en cada pequeña ola que nos promete conducirnos allí" (James, 2005: 50).

Sabemos que las creencias religiosas son distintas entre un individuo y otro, y que se requiere indagar, al menos, si la diferencia entre una u otra creencia religiosa puede entenderse en relación con la diversidad de creencias que existen entre un individuo y otro, es decir, debemos tratar las variaciones empíricas del conocimiento en los individuos y en los procesos en que cualquier cuerpo de conocimiento llega a quedar establecido individualmente como creencia religiosa (Gutiérrez, 2014).

Esto no significa que la cuestión del conocimiento sobre las creencias religiosas se considere secundaria. De hecho, "el creer en la resurrección y creer que el ser humano sobrevive en la memoria de quienes lo han amado, o en la lucha de aquellos con los que ha sido solidario, son dos maneras de dar forma al deseo que tiene todo ser humano de superar su propia muerte física y hacer frente a la muerte de quienes le rodean. Está claro que no es diferente pasar de una creencia a otra. Sin embargo, estos mismos cambios de contenido de las creencias se inscriben en la lógica de una transformación del dispositivo general del creer, que es lo que precisamente se trata poner de manifiesto" (Hervieu-Léger, 2005: 125).

Finalmente, podemos colegir que no hay una sola actividad humana que no apele al creer y lo suscite. Las consideraciones precedentes sugieren que cada una de las concepciones de los miembros de Doble A genera una particular forma de creer que es necesaria para su propio desarrollo y afín a la manera en que moviliza la memoria y la imaginación colectiva e individual. "Desde este punto de vista, lo específico de la religiosidad es que está orientada por entero a la producción, la gestión y la difusión de esa forma particular del creer que se legitima a través de la referencia a una tradición" (Hervieu-Léger, 2005: 169).[23]

Los doce pasos de Alcohólicos Anónimos.

Como hemos mencionado Alcohólicos Anónimos es una comunidad que está orientada, por una parte, hacia la recuperación personal y la sobriedad continua de cada alcohólico que llegue a la agrupación buscando ayuda. Y por la otra, a la unidad y el servicio de sus adeptos. Para cumplir su objetivo los miembros de los grupos de Alcohólicos Anónimos en Bacalar, Carlos A. Madrazo y Ramonal, han aceptado un método terapéutico-religioso que consta de Doce Pasos, los cuales están concatenados para la purificación del alma (Gutiérrez, 2014).

> Para nosotros los seres humanos, la humildad absoluta es imposible. Lo mejor que podemos esperar es vislumbrar el significado y el resplandor de este perfecto ideal. Como dice nuestro libro de *Alcohólicos Anónimos*: "No somos santos… lo que pretendemos es el progreso espiritual, no la perfección espiritual". Solo Dios puede manifestarse en lo absoluto; los seres humanos tenemos que vivir y desarrollarnos en el ámbito de lo relativo. Aspiramos a conseguir la humildad para hoy y redimir nuestros pecados (Alcohólicos Anónimos: 2005k: 33).

El primer paso de recuperación personal dice, "Admitimos que éramos impotentes ante el alcohol, que nuestras vidas se habían vuelto ingobernables" (Alcohólicos Anónimos, 2006b: 3).

> El primer paso es la admisión de la ingobernabilidad de que uno es un enfermo alcohólico, es la aceptación de la enfermedad, porque si no existe esa aceptación jamás nunca podrá existir un avance en él mismo. Tengo que reconocer que el alcohol me dañó. Ese primer paso es fundamental, porque de los doce es el único que se práctica, entre comillas, al noventa o noventa y cinco por ciento, porque es fácil de reconocerte, después de un tiempo que fui ingobernable, que el alcohol me derrotó y acepte que no puedo contra él. Ya los once pasos restantes se tienen que ir haciendo poco a poco, pero en base a una aceptación del primer paso. Ese es el punto principal (Héctor, 2011a; citado en Gutiérrez, 2014: 141).

[23] Se denomina tradición "al conjunto de las representaciones, imágenes, saberes teóricos y prácticos, comportamientos, actitudes, etcétera, que un grupo o una sociedad acepta en nombre de la continuidad necesaria entre el pasado y el presente" (Hervieu-Léger, 2005: 145).

En este primer paso, los miembros de Alcohólicos Anónimos deben aceptar que son enfermos alcohólicos. Desde tal perspectiva, los adeptos de Doble A están apelando a la sociedad su reintegración, ya que cuando un alcohólico está en su etapa activa pierde los vínculos sociales, es decir, la sociedad lo excluye porque está tipificado como un ser indeseable. Empero, desde una visión cristiana el alcoholismo no es una enfermedad sino un pecado. De hecho, en la Biblia se menciona lo siguiente:

> Ni los ladrones, ni los avaros, ni los borrachos, ni los maldicientes, ni los estafadores, heredarán el reino de Dios (1ro. Corintios 6:10, citado en la Santa Biblia, 1995: 1563).
>
> Envidias, homicidios, borracheras, orgías, y cosas semejantes a estas; acerca de las cuales os amonesto, como ya os lo he dicho antes, que los que practican tales cosas no heredarán el reino de Dios (Gálatas 5:21, citado en la Santa Biblia, 1995: 1601).

Por lo tanto, desde este primer paso de recuperación inicia la conversión religiosa de los miembros de Doble A, porque como dice Garma (2007) la conversión religiosa es una forma de socialización secundaria (Gutiérrez, 2014).

El segundo paso enuncia, “Llegamos al convencimiento de que un Poder Superior podría devolvernos el sano juicio” (Alcohólicos Anónimos, 2006b: 7).

> El segundo paso me habla de que tengo que poner mi vida y mi voluntad a un Poder Superior a mí, para que me devuelva ese sano juicio. Ese sano juicio me da a entender que cuando yo vaya a hablar no voy a hablar solamente sin pensar, sino que tengo que pensar para hablar. Cuando yo en mi época de borracho dañaba sin darme cuenta de lo que estaba haciendo, pero muy adentro sabía que había un desquite por el resentimiento que trae el alcohólico en base a un mismo tipo de enfermedad, empieza a generar resentimiento contra las personas cuando solamente el único dañado soy yo. Entonces yo tengo que poner mi voluntad al cuidado de Dios. En ese momento, cuando yo dependo de un Poder Superior a mí, empiezo a aceptar que alguien me tiene que devolver ese sano juicio. Pero para ese alguien debo tener esa palabra que muchos decimos fe, pero fe sin obras es una obra muerta. Entonces, el segundo paso me habla de un Dios, pero el programa no es religioso, mucho menos tiene un enfoque de sacerdocio, de hermandad, no, no, no, no. El programa es cien por ciento espiritual, pero es dos cientos por ciento reflexivo. También puede servir este programa para que otras personas no caigan en el alcoholismo, como preventivo, pero siempre se fundamenta en un Dios como cada uno lo concibe. Para mi Dios en el programa puede ser una silla, de acuerdo con mi fe, también puede ser la literatura, de acuerdo con mi fe, puede ser la tribuna, de acuerdo con mi fe, pero

> tengo que entregarle mí voluntad y mi vida a Dios. Ese es el segundo paso (Héctor, 2011a; citado en Gutiérrez, 2014: 141-142).

Este segundo paso está haciendo alusión a la existencia de un Ser Superior, quien tiene la facultad de convertir a los miembros de Alcohólicos Anónimos en individuos sociales. Aquí, es trascendente discernir que únicamente existe un Poder Superior, cuando uno como individuo le otorga dicha existencia. En efecto, no dudamos que exista en el creer de los miembros un Poder Superior, puesto que para ellos existe, empero, no es posible considerar la existencia de un Dios de forma independiente del conocimiento humano (Gutiérrez, 2014).

> El verbo creer se puede expresar todo excepto el verbo mismo, por eso "no es precisamente el creyente, el que asevera su creencia en tal, es más bien el no creyente el que reduce a simple creencia lo que para el creyente es como un saber" (Pouillon, 1989; citado en Lisbona, 2008: 207).

El tercer paso manifiesta, "Decidimos poner nuestras voluntades y nuestras vidas al cuidado de Dios, como nosotros lo concebimos" (Alcohólicos Anónimos, 2006b: 14).

> El tercer paso dice que cuando uno tiene la llave de la buena voluntad, tengo que entregarme otra vez al cuidado de Dios para que él me dé la oportunidad de abrir esa puerta, pero esa puerta es cuando yo empiezo a formar mi cuarto paso, mi análisis de todos mis daños, hacer un inventario. Pero el tercer paso es cuando yo comienzo a abrirme con esa llave de la buena voluntad, pero no le quiero decir a mis compañeros, no quiero decir a quién perjudiqué, no quiero decir a quién asesiné, pero no el asesinar de quitar una vida como lo hacen las personas con un arma, sino con mis actos, asesiné la ilusión de mis hijos, le robé su tranquilidad a mi esposa, eso es lo que entra ya en mi cuarto paso. En el tercer paso tengo que abrir esa puerta que yo tengo que hablar de mí, no de mis compañeros (Héctor, 2011a; citado en Gutiérrez, 2014: 142).

Primordialmente en el tercer paso se está haciendo alusión al conjunto de creencias en las que disponen su fe los miembros de Alcohólicos Anónimos. En este punto es importante distinguir que, dentro de las variedades de fe, la actitud personal que el individuo se ve obligado a tomar delante de lo que percibe como divinidad, revelará una actitud débil y sacrificada. Es decir, "el individuo tendrá que reconocer al menos una cierta dosis de dependencia ante la gracia de Dios, y practicar la renuncia, en una medida más o menos grande, para salvar el alma" (James, 2005: 52).

A continuación, pasaremos a los puntos medulares del programa de rehabilitación, el cuarto y quinto paso. Si determinamos que son

importantes el cuarto y quinto paso, se debe a que son los pasos más difíciles de dar. Al respecto, un miembro de Doble A nos da su opinión de la siguiente manera:

> El cuarto paso es un fanal para entrar al quinto, pero vamos a lo mismo, si todavía no aceptas la espiritualidad del programa, cómo vas a hacer un cuarto y un quinto paso que son completamente espirituales, ahí es cuando tienes que delegar tus problemas al Poder Superior (Mario, 2007; citado en Gutiérrez, 2014: 143).

> El cuarto paso es un inventario, es hacer una lista de todas las cosas, desde que tengo uso de razón, hasta el último día que dejé de beber. Eso es lo más fácil que puede existir. La primera preparación del cuarto paso comienza con el padrino, que te empieza a orientar, que te dice que con toda la confianza escribas todo lo que quieras, todo lo que tú te acuerdes. A muchas personas yo he escuchado en Alcohólicos Anónimos, que nunca hablan realmente de lo que vivieron, por eso siguen viviendo con los fantasmas atormentadores de ese ayer, tienen sus fugas geográficas, se van a otros estados a otros lugares, pero siguen cargando los mismos fantasmas, si no haces realmente con un padrino ese cuarto y ese quinto paso estás perdido, porque son la base fundamental del crecimiento de la recuperación del alcohólico (Héctor, 2011a; citado en Gutiérrez, 2014: 143).

El cuarto paso dice, "Sin miedo hicimos un minucioso inventario moral de nosotros mismos" (Alcohólicos Anónimos, 2006b: 20).

Los tres primeros pasos nos ocupamos de reflexionarlos. En cambio, este cuarto paso tan sólo vamos a describirlo, porque grosso modo lo que tienen que hacer los miembros de Doble A es redactar lo que consideran que han hecho "mal"[24] o "bien" en sus vidas[25] (Gutiérrez, 2014).

> En mi cuarto paso voy a hacer una lista de problemas, de daños que hice, de daños que originé, en fin, todo aquello que me pudo haber llevado a beber. Vamos preparándonos para ese inventario moral, yo le llamo "vamos juntando la basura interior", todo lo que me daño, todo lo que me hizo dañó, lo que me hizo hacer daño, el daño que recibí también, por eso el inventario moral dice, sin reserva de ninguna clase, y debe ser

[24] "El mal es una enfermedad, y sufrir por culpa de una enfermedad es una forma extra de enfermedad que se agrega a la enfermedad inicial. Incluso el remordimiento y el arrepentimiento, padecimientos que entran en el temperamento de los ministros del bien, pueden ser únicamente impulsos débiles y agotadores. Prepararse y trabajar por la justicia y olvidar que alguna vez se tuvo alguna relación con el pecado es el mejor arrepentimiento" (James, 2005: 123).

[25] A nosotros no nos compete discernir entre lo bueno y lo malo, porque ese tipo de consideraciones se encuentran dentro de los prejuicios sociales de cada persona. Sin embargo, lo que, si hay que señalar, es que la construcción del mundo contemporáneo es ambivalente, en donde un punto intermedio es completamente inexistente. Cabe agregar, que este tipo de construcción ambivalente es una herencia del occidentalismo, siendo que los pueblos mesoamericanos no tenían ese tipo de cosmovisión (Kirchhoff, 2002).

> escrito, tienes que escribir todo, todo, todo, no te guardas nada, depende de eso lo que vayas a obtener en los siguientes pasos, si haces un inventario mal vas hacer un mal quinto paso (Armando, 2007; citado en Gutiérrez, 2014: 143).

Concluido el inventario moral, entonces el adepto pasa a su quinto paso, que a la letra dice: "Admitimos ante Dios, ante nosotros mismos y ante otro ser humano, la naturaleza exacta de nuestros defectos" (Alcohólicos Anónimos, 2006b: 31).

> En todos los Doce Pasos de A.A. se nos pide ir en contra de nuestros deseos naturales… en todos nos desinflan el ego. En lo que respecta a desafiar el ego, pocos Pasos son tan difíciles de practicar como el Quinto. Pero casi ninguno de los otros es tan necesario como éste para lograr la sobriedad duradera y la tranquilidad espiritual (Alcohólicos Anónimos, 2006b: 31).

Antes de comenzar con el análisis del quinto paso, quiero señalar que conozco a muy pocos miembros que han dado este paso (he realizado por más de doce años trabajo de campo en grupos de Alcohólicos Anónimos en Chiapas, Campeche, Yucatán, Quintana Roo, Distrito Federal, Puebla y Tabasco) y aquellos que lo hicieron fue ante sacerdotes de la iglesia católica. Estas personas, como padrinos de distintos adeptos de Alcohólicos Anónimos, los han guiado a que realicen su quinto paso con un clérigo católico. Sobre este paso, dice un miembro que "Lo más difícil es el quinto paso, aceptar ante Dios y ante otro ser humano mis defectos y los daños que yo he causado. Cuando yo encuentre el por qué hice tanto daño a mi familia y amigos, entonces me auxilio de un padre y le cuento todo" (Héctor, 2011a; citado en Gutiérrez, 2014: 144).

En sí, el acto ritual del quinto paso es una confesión como la que realiza un creyente de la doctrina católica para redimir sus pecados, y el padrino como tal, es quien conduce y presenta ante el sacerdote a su ahijado para que sea bautizado.

> La función del padrino es orientar y guiar al alcohólico, pues obviamente cuando llegamos no conocemos nada del programa. El padrino sirve para infundirle confianza al ahijado. El padrino surge cuando nace la agrupación, porque tenía que haber sujetos que te conduzcan. El padrino sirve para que cuando tus emociones, tus efectos de carácter, la ira, los celos, el orgullo, la soberbia te hayan maltratado y sientas deseos de beber, agarra el teléfono y háblale, a la hora que sea, eso es una práctica muy común, esa es una las funciones en sí espirituales del padrino, se convierte en un guía, en el protector, en un conductor del ahijado, eso es en términos generales la función del padrino (Armando, 2007; citado en Gutiérrez, 2014: 144).

Asimismo, el acto ritual del quinto paso representa el bautismo, mediante el cual se está purificando el alma del adepto de Alcohólicos Anónimos, es decir, simbólicamente el miembro está renaciendo. Este tipo de distinción es la que conlleva a los miembros de Doble A, la aceptación del programa de recuperación como parte del proceso de conversión (purificación del alma), siendo que los individuos se reestructuran simbólicamente a través de los actos de fe, los cuales permiten fortalecer y dar esperanza de vida (Gutiérrez, 2014).

También se puede apreciar en este quinto paso la correlación que hay con la Santísima Trinidad de la religión católica, en donde el Padre representa a Dios, el Hijo al miembro de Alcohólicos Anónimos y el Espíritu Santo al sagrado clérigo. De hecho, esta última acepción de la Santísima Trinidad en la teología cristiana afirma la existencia de Dios como tres personas (Padre, Hijo y Espíritu Santo) unidas en una misma substancia o ser único. La doctrina no aparece con claridad en el Nuevo Testamento, donde la palabra Dios se refiere sin variación al Padre; aunque ya Jesucristo, el Hijo, es considerado en una relación única con el Padre, mientras el Espíritu Santo aparece además como una divinidad distinta (Gutiérrez, 2014).

La analogía de la Santísima Trinidad respecto a los miembros de Alcohólicos Anónimos se puede corroborar, cuando estos últimos exaltan que "este sentimiento de ser uno con Dios, y con el hombre, este surgimiento del aislamiento a través del honrado compartimiento de nuestra terrible carga de culpabilidad nos conduce a un estado de tranquilidad en el que podemos prepararnos para dar los siguientes pasos y lograr la sobriedad plena y significativa" (Alcohólicos Anónimos, 2006b: 37).

Como se puede apreciar, tal afirmación nos está diciendo que el miembro de Doble A tiene una reciprocidad con Dios, porque si Dios hizo a los hombres a imagen y semejanza de él y él es creación divina, entonces ellos son la esencia de Dios, puesto que Dios está en ellos. Esta analogía, desde nuestro punto de vista, únicamente es posible cuando el miembro de Alcohólicos Anónimos asuma a un Dios cristiano[26] (Gutiérrez, 2014).

[26] Al respeto Brandes (2004a) menciona que "la gran mayoría de los miembros de AA en México son, cuando menos formalmente, católicos romanos. De hecho, la estrecha afinidad entre Alcohólicos Anónimos y el catolicismo del pueblo de México explica, en parte, el enorme éxito de la organización" (57).

El siguiente paso es el sexto y literalmente dice, "Estuvimos enteramente dispuestos a dejar que Dios nos liberase de todos estos defectos de carácter" (Alcohólicos Anónimos, 2006b: 38).

El séptimo paso menciona, "Humildemente le pedimos que nos liberase de nuestros defectos" (Alcohólicos Anónimos, 2006b: 44).

Colocamos el sexto y séptimo paso en un mismo razonamiento, porque ambos están concatenados y representan la culminación simbólica del quinto paso, en donde los adeptos de Alcohólicos Anónimos manifiestan su renacimiento al ser exonerados por Dios de aquello que consideran defectos de carácter (Gutiérrez, 2014).

> El sexto y séptimo paso son, primero que nada, ya me conozco como soy, ya me liberé de aquello, dejé mis defectos de carácter de ser, mis dones descoyuntados, lo dice la literatura y la Biblia también lo dice, el creador nos proviene de dones que nosotros los convertimos en pecados capitales, por defectos, por los abusos o por desviaciones que les damos a esos dones. Yo les digo, nuestro alcoholismo ha descoyuntado todos esos dones y los ha convertido en defectos de carácter, convirtiéndolos en pecados capitales como lo dice la religión cristiana. Entonces, lo que tengo que hacer es irme preparando, hay una oración que trae esa parte en la Biblia, a manera de beneficiar, por no decir todos los alcohólicos dieron el sexto paso con esa oración, pero para que se inserte la paz y esa paz, del sexto al séptimo me elimine los defectos de carácter, lo que debo hacer es pedirlos únicamente. Ahorita te la enseño, la tengo aquí, precisamente antenoche vimos eso, dice… Creador mío, estoy dispuesto a que tomes todo lo que soy, bueno y malo, te ruego que elimines de mí cada uno de los defectos de carácter que me obstaculizan en el camino para que logre ser útil a ti y a mis semejantes, dame la fortaleza para que, al salir de aquí, cumpla con tu voluntad, amén. Esa es la oración, y es allá que completamos el sexto y séptimo paso (Armando, 2007; citado en Gutiérrez, 2014: 146).

Por su parte, el octavo paso expresa, "Hicimos una lista de todas aquellas personas a quienes habíamos ofendido y estuvimos dispuestos a reparar el daño que les causamos" (Alcohólicos Anónimos, 2006b: 50).

El noveno paso indica, "Reparamos directamente a cuantos nos fue posible el daño causado, excepto cuando el hacerlo implicaba perjuicio para ellos o para nosotros" (Alcohólicos Anónimos, 2006b: 55).

El décimo paso dice, "Continuamos haciendo nuestro inventario personal y cuando nos equivocábamos lo admitíamos inmediatamente" (Alcohólicos Anónimos, 2006b: 59).

> Estos pasos recalcan el hecho de que la verdad se puede utilizar tanto para dañar como para sanar, este valioso principio se puede aplicar ampliamente al asunto de desarrollar la integridad (Alcohólicos Anónimos, 2005k: 25).

El octavo, noveno y décimo paso, también se encuentran entrelazados. El meollo en estos pasos se centra en que son la continuación del cuarto paso, con la excepción de que aquí se intenta restablecer el vínculo social de los miembros de Alcohólicos Anónimos, con aquellas personas que fueron agraviadas. Por lo tanto, este es el punto en donde los miembros comienzan la práctica de su resocialización "No olvidemos que este tipo de ritual sirve para mantener simbólicamente, tanto para cada uno como para el grupo, este sentido de integración que permite vivir la práctica austera de la supervivencia comunitaria como una vía de acceso a la salvación" (Hervieu-Léger, 2005: 134).

El undécimo paso manifiesta, "Buscamos a través de la oración y la meditación mejorar nuestro contacto consciente con Dios, como nosotros lo concebimos, pidiéndole solamente que nos dejase conocer su voluntad para con nosotros y nos diese la fortaleza para cumplirla" (Alcohólicos Anónimos, 2006b: 66).

Antes que nada, en este undécimo paso debemos considerar a la oración y a la meditación que realizan los adeptos de Doble A, como el resultado natural de la creencia de una persona en una divinidad, es decir, la oración y la meditación se convierten en actos propiamente de la comunión de los miembros de Alcohólicos Anónimos con Dios (Gutiérrez, 2014).

> El undécimo paso ya es lo más profundo de lo espiritual, es buscar una comunicación con ese creador, ahí hay una oración muy hermosa de San Francisco de Asís, que va encaminada con mucha profundidad a la humildad, donde el alcohólico pide ser despojado de todo lo malo, porque el alcohólico pide para ayudar, nunca pide para él, pide para los demás, no para él, cuando pide para él es para ayudar (Armando, 2007).

Por lo tanto, podemos deducir que tanto la oración como la meditación son empleadas por los miembros de Doble A como un ritual espiritual cuyo fin es pedirle a Dios que los libre de sus pecados y purifique su alma. Cabe agregar que la oración de San Francisco de Asís es utilizada por la iglesia católica. Por lo tanto, los grupos de Doble A están usando oraciones del catolicismo en su método terapéutico y tendenciosamente están guiando a sus miembros hacia prácticas de dicha doctrina religiosa. Además, esta oración permite que se entretejan al interior de los grupos,

redes de significación espirituales, las cuales están restructurando simbólicamente la conducta de sus miembros (Gutiérrez, 2014).

El duodécimo paso dice, "Habiendo obtenido un despertar espiritual como resultado de estos pasos, tratamos de llevar este mensaje a los alcohólicos y de practicar estos principios en todos nuestros asuntos" (Alcohólicos Anónimos, 2006b: 73).

En este duodécimo paso, los miembros de Doble A fungen como articuladores con potenciales nuevos miembros que padecen del "pecado" que ellos purifican, reproduciendo de esta forma el sistema (Gutiérrez, 2014).

> El doceavo paso dice "después de haber practicado los anteriores once pasos, viene un despertar espiritual ¿Qué es un despertar espiritual? El despertar espiritual es cuando tú ya tienes otro enfoque de la vida, del cual tú ya aprendiste y quieres transmitírselo a otra persona que está sufriendo lo que tú sufriste. Entonces es llevar el mensaje a ese enfermo alcohólico que está sufriendo, traerlo para que haga lo mismo que hicieron contigo, siempre y cuando ese individuo tenga el sincero deseo de dejar de beber y de sufrir. Si no tiene ese deseo, es que todavía no tiene el primer paso. No ha aceptado que el alcohol lo ha dañado. En pocas palabras, Alejandro, esa es la síntesis de los doce pasos de recuperación, en cuanto a la adicción del alcoholismo (Héctor, 2011a; citado en Gutiérrez, 2014: 147).

En resumen "el programa de recuperación de los doce pasos consiste en la práctica de los principios del mismo, porque este programa es para el elemento que está llegando con ese problema de alcoholismo, que también se le puede usar para otro tipo de adicción, pero está hecho exclusivamente para los alcohólicos, consiste en la recuperación de sus mismos valores, consiste en la aceptación de sus actos pasados y que el día de hoy lo podría evitar, consiste en volver a unificarse, reintegrarse otra vez al núcleo social al cual pertenece, porque cuando uno es un enfermo alcohólico se margina dentro de la misma sociedad y la sociedad lo rechaza y él mismo se rechaza. Los doce pasos te dan la aceptación al depender de un poder superior a ti mismo, de tener buena voluntad, de hacer un autoanálisis o una catarsis de sus actos pasados, aceptación de estos, reparar daños a segundas o terceras personas y al final haber comprendido todos los pasos que se tienen que hacer poco a poco. Entonces se empieza a reintegrar, no a recuperar la confianza perdida, sino simplemente a demostrar con sus actos que el programa de Alcohólicos Anónimos le está dando otra nueva forma de vida, en cuanto a los valores que él mismo ha perdido" (Héctor, 2011a; citado en Gutiérrez, 2014: 147).

> Cabe señalar que los Doce Pasos están basados en los pasos propugnados por el Grupo Oxford como medio hacia la conversión espiritual y el crecimiento (Matthiasson, 1987; citado en Brandes, 2004a: 49).

En particular, los miembros requieren la inclusión no nada más de Alcohólicos Anónimos, sino de todas las instancias a través de las cuales un sujeto humano se rehace individuo. Ser individuo implica reconstruirse a partir de la resocialización, debido a que no es un sujeto aislado que se construye por él mismo, sino que existe cuando el sujeto se asume como parte del sistema social, cuando participa en la construcción de este (Gutiérrez, 2014).

A modo de corolario, aludimos que la autorrendición de los adeptos de Alcohólicos Anónimos puede llegar a ser tan apasionada que acaba en la autoinmolación, porque el compromiso adquirido socialmente es vivido no sólo como una responsabilidad sino como un sacrifico personal. En tal magnitud, que puede anular las inhibiciones ordinarias de la carne, de manera que el miembro encuentra un placer positivo en el sacrificio de la sobriedad, que miden y expresan el grado de su lealtad al Poder Superior (James, 2006).

Asimismo, podemos decir que los miembros de Doble A se están resocializando con la religiosidad del método de recuperación, porque el objetivo principal de esta fraternidad es encausarte a través de "un Poder Superior a ti mismo que resuelva tu problema de alcoholismo" (Alcohólicos Anónimos, 2005a: 42).

Por tal motivo, el método de recuperación empleado por los adeptos de Alcohólicos Anónimos tiene un carácter teísta, ya que conciben a un único poder superior, en quien "vivimos, nos movemos y existimos" (Gutiérrez, 2014).

Desde dicha perspectiva puede considerarse a la comunidad de Alcohólicos Anónimos en México, como una institución de carácter religioso, relacionada con las celebraciones de actividades festivas, el fomento del culto y de las prácticas piadosas. Además, es una asociación voluntaria, entendida como un grupo organizado por personas, que está formado para promover algún interés de sus miembros, en el cual la pertenencia es voluntaria, en el sentido de que no es ni obligatoria ni lograda por nacimiento y que existe independientemente del Estado (Gutiérrez, 2014).

La dimensión social de Alcohólicos Anónimos.
La finalidad de este segmento es dilucidar cómo el método terapéutico que emplea la comunidad de Alcohólicos Anónimos en México sirve para la resocialización de sus adeptos.

Es imprescindible aludir que los adeptos de Doble A llaman como resocialización a lo que en el ámbito académico se designa como socialización secundaria. De hecho, sabemos de antemano que la socialización como tal de cualquier individuo (alcohólico o no alcohólico) nunca podrá completarse, porque es un proceso permanente durante toda la vida de los individuos.

> Éste es el lado subjetivo de la precariedad de todos los mundos construidos por el hombre. La dificultad de mantener en marcha un mundo se expresa psicológicamente a través de la dificultad de que dicho mundo se mantenga plausible. El mundo se construye en la conciencia del individuo por el dialogo con aquellas personas más significativas de entre sus semejantes (tal como padres, maestros, camaradas). Si esta conversación se interrumpe (la esposa muere, los amigos desaparecen, o se abandona el medio social en que uno ha nacido), el mundo comienza a tambalearse, a perder su objetiva plausibilidad (Berger, 2006: 34).

En ese sentido, entendemos por socialización secundaria o resocialización "todas y cada una de las instancias a través de las cuales un sujeto humano se integra e incorpora las consignas y determinaciones de la estructura social en la que interactúa. Más precisamente: la socialización incluye todas las instancias a través de las cuales un sujeto humano se hace *individuo*. Ser individuo implica "individualizar" en una persona aquellas características generales que connotan una estructura social" (Kaminsky, 2001: 11).

Desde tal concepción partimos para mencionar que en Doble A el programa terapéutico es religioso y que éste forma parte del proceso de socialización secundaria, siendo que los individuos se reestructuran simbólicamente a través de los actos de fe, los cuales permiten fortalecer y dar esperanza de vida, en un proceso que bien podría denominarse como "purificación de almas", el cual se entiende en este trabajo, como la reinterpretación simbólica de los significados que reestructura a los adeptos, conduciéndolos a su resocialización (Gutiérrez, 2014).

> Es un racimo de símbolos sagrados, entretejidos en una espacie de todo ordenado, lo que forma un sistema religioso. Para quienes están entregados a él, semejante sistema religioso parece procurar genuino conocimiento, conocimiento de las condiciones esenciales en que la vida debe o necesita ser vivida (Geertz, 2005: 120).

Cabe subrayar que cuando un alcohólico está en su etapa activa pierde los vínculos sociales, es decir, la sociedad lo excluye porque está tipificado como un ser indeseable, de hecho, en México el término alcohólico es un peyorativo comúnmente empleado por la sociedad para segregar a los alcohólicos.

> La palabra alcohólico designaba al miserable degradado y excluido de la sociedad (Alcohólicos Anónimos, 2005g: 9).

Para que la persona dependiente al alcohol etílico se reintegre socialmente incorpora nuevamente los valores perdidos que se encuentran en la estructura social. Es precisamente ahí en donde el método terapéutico de Doble A entra en acción, porque éste funge como moderador social, puesto que la sociedad está sostenida en un andamiaje de regulaciones, que les permite a los individuos estar dentro o fuera de ella, es decir, una persona se comporta de acuerdo con los valores establecidos por su sociedad, y si tales acuerdos no son respetados por el individuo, entonces será marginado socialmente (por ejemplo, los alcohólicos y/o drogadictos). Una de esas normas con las que interactúa el individuo que pretende rehabilitarse bajo el programa de recuperación de A.A., es la moral. Y ¿qué es la moral? Para comprender y determinar lo que es la moral, entendámosla de la siguiente manera[27] (Gutiérrez, 2014).

> En primer lugar, existe un carácter común a todas las acciones que comúnmente se denominan morales: que todas existen conforme a reglas prestablecidas. Conducirse moralmente significa actuar siguiendo una norma, determinando la conducta a observar en el caso dado, incluso antes de vernos obligados a tomar partido. El dominio de la moral es el dominio del deber, y el deber es una acción prescrita (…) podemos, pues, decir que la moral es un sistema de reglas de acción que predeterminan la conducta (Durkheim, 2001: 30-31).

No es preciso comprender a la moral como algo ordinario que únicamente se establece a medida que sea indispensable.

> Por el contrario: es un conjunto de reglas definidas; es como un conjunto de moldes, de contornos definidos, en los cuales debemos verter nuestra acción. No tenemos que construir estas reglas en el momento en que hay que actuar, deduciéndolas de principios más elevados. Existen, están ya terminadas, viven y funcionan alrededor nuestro. Son la realidad en su forma concreta (Durkheim, 2001: 34).

La moral es entonces algo constante, esto siempre y cuando la observación no se extienda en periodos prolongados, porque la moral en

---

[27] Durkheim plantea que "comencemos por observar la moral como un hecho social" (Durkheim, 2001: 30).

sí presupone cierta cualidad para repetir los mismos actos, es decir, fomenta y crea un hábito (Gutiérrez, 2014).

> Por esta razón es que los pueblos han visto, durante siglos, en las reglas de la moral, órdenes emanadas de la divinidad. Y es porque una regla no es una simple manera habitual, sino una manera tal de actuar, que no nos sentimos libres como para modificarla a nuestro gusto. Está, en alguna medida, y en la medida en que es una regla, sustraída a nuestra voluntad. Hay en ella algo que nos resiste, que nos sobrepasa, que se nos impone, que nos obliga (Durkheim, 2001: 36).

No obstante, este sentido de puntualidad y de autoridad corresponde a dos aspectos de un mismo estado de ánimo, el espíritu de disciplina, o sea, como la moral es una disciplina[28], puesto que nos manda, los actos que nos demanda no son ajustados a nuestra conducta individual, sino a la colectiva, porque está predeterminada y socialmente aceptada (Gutiérrez, 2014).

Si la moral moldea nuestra conducta desde la colectividad, entonces uno como individuo está inconscientemente adherido a los grupos sociales que integra. La moralidad comienza por el sólo hecho de que formamos parte de una institución, grupo, comunidad, etnia, religión o cualquier otra adscripción (Gutiérrez, 2014).

> Sólo hay fines verdaderamente morales en los fines colectivos; no hay móvil verdaderamente moral fuera de la adhesión al grupo. Pero al estar ligado a la sociedad de la cual se es parte, resulta psicológicamente imposible no hallarse ligado a la vez a los individuos que la componen y en quienes la sociedad se realiza. Pues, aunque la sociedad es algo distinto al individuo, pues no está íntegramente en nosotros, no existe sin embargo ninguno de nosotros en quien no se encuentre un reflejo de ella (Durkheim, 2001: 95).

Es precisamente este escenario, donde los individuos están deconstruyendo y construyendo su identidad entorno al contexto de la ingesta de bebidas embriagantes que se presenta en la sociedad contemporánea en México. Cuando aludíamos en el capítulo anterior que la sociedad es fruto de un proceso dialectico en cuanto es un producto que se revierte sobre su propio autor, queríamos dejar claro que, para la conformación de cualquier sociedad, los sujetos son normados por las reglas que ellos mismos han establecido para su sociabilidad y esas normas o reglas están hechas de valores morales, las cuales inciden directamente en la construcción de la identidad de cada persona.

---

[28] La disciplina moral es una regla, pero una regla siempre es flexible, no puede ser fija e invariable, que la coloque por encima de los intereses individuales.

Concluimos entonces, que la moral indudablemente repercute en que los miembros de Doble A deseen rehabilitarse, porque socialmente está determinado como producto regulador de los individuos. De esta forma, para que una persona llegue a ser un individuo (en toda la extensión de la palabra), se ajusta a las normas morales, porque éstas se establecen en los individuos como un conjunto de reglas definidas que determinan imperativamente la conducta de los adeptos de Alcohólicos Anónimos (Gutiérrez, 2014).

Por lo tanto, el individuo aprendió lo que es la moral como la sociedad se la enseñó y como resultado la moral constituyó su conducta, es decir, la sociedad asigna al individuo no sólo un juego de papeles, sino también una identidad concreta. En otras palabras, "no se espera sólo del individuo que actúe como marido, padre o tío, sino que sea marido, padre o tío y, lo que es más básico, se espera que sea un hombre, o que se comporte como tal según los modos de pensar de la sociedad en cuestión" (Berger, 2006: 30-31).

En síntesis, podemos decir que de acuerdo con el trabajo de Gutiérrez (2014) el programa de rehabilitación de Alcohólicos Anónimos, "no está basado en el campo de la medicina clínica, "sino en la religiosidad del método terapéutico que emplean para adoctrinar a sus adeptos. Tal procedimiento es un proceso de conversión[29] mediante el cual los adeptos de Doble A remiendan su creer y purifican su alma. Entendiendo como purificación del alma, al conjunto de creencias en las que se apoya una persona para equilibrar y compensar la mente, cuerpo y espíritu de sí mismo y de otros" (14).

Esta noción de purificar el alma en los miembros de Doble A, la podemos identificar claramente en la filosofía socrática, pues en ella el sujeto "posee un ente llamado "alma" que, como el cuerpo [y la mente], puede estar en buen o mal estado. Su buen estado, que corresponde a la salud corporal [y mental], es la virtud; su mal estado es el vicio. Por eso se cree que el vicio es malo para el alma, de manera parecida a como la enfermedad le hace daño al cuerpo" (Pizarro, 2004: 153).

[29] Para el filósofo y psicólogo norteamericano William James (2005, 2006) estar convertido es estar en un proceso por medio del cual las realidades religiosas se vuelven más firmes, destacadas e importantes para el individuo. El carácter de la persona es transformado, especialmente después de una crisis repentina. Las ideas religiosas, antes periféricas en su mente, pasarán a ser las centrales en su conciencia. Eventos emotivos conforman el escenario para el proceso de conversión, llevando al individuo a una situación de crisis que luego supera por su contacto con lo sagrado. Asimismo, James considera que hay personas propensas a la conversión, mientras que otras difícilmente lo harán. También aclara que algunos grupos religiosos fomentan el proceso de conversión más que otros y denota cómo grupos protestantes cristianos exigían a sus feligreses tener experiencias de este tipo para asegurar su salvación.

Como en Doble A se tiene la noción de que "el alcoholismo es una enfermedad, pero al igual que muchas otras enfermedades, se puede curar. Al verla un poco más en detalle, muchos alcohólicos anónimos, sienten que la enfermedad representa una combinación de una sensibilidad física hacia el alcohol y una obsesión mental por beber que, sin importar las consecuencias, no se puede romper sólo con fuerza de voluntad" (Alcohólicos Anónimos, 2005: 4).

Tal idea del alcoholismo como enfermedad, está plasmada, como ya lo mencionamos, en el Primer Paso del programa de recuperación de Alcohólicos Anónimos.

Por ello, asevero que desde el Primer Paso de recuperación inicia la conversión de los adeptos de Alcohólicos Anónimos, porque la conversión es una forma de socialización secundaria que recrea nuevos valores y sistemas de creencias.[30] Esto se puede constatar porque la figura del convertido se impone de manera sutil en las personas que pasan voluntariamente de una religión a otra. Al grado que, las conversiones en las sociedades contemporáneas son inseparables de la individualización de la adhesión religiosa y del proceso de diferenciación de las organizaciones que hacen surgir identidades religiosas distintas de las entidades étnicas, nacionales o sociales. En una sociedad en la que la religión es asunto privado y materia opcional, la conversión toma la dimensión de una elección individual, en la que se expresa en su punto más elevado la autonomía del sujeto creyente (Hervieu-Léger, 2004).

Esta figura del individuo moderno se conjuga en tres modalidades. La primera es la del individuo que cambia de religión, sea que explícitamente rechace una identidad religiosa heredada y asumida para tomar una nueva; sea que renuncie a una identidad religiosa impuesta, pero a la que jamás se había adherido, en beneficio de una nueva fe. La segunda modalidad de la conversión es la del sujeto que, no habiendo nunca pertenecido a alguna tradición religiosa, descubre, después de un camino personal más o menos largo, aquélla en la que se reconoce y a la que finalmente decide incorporarse. Y la tercera modalidad de la figura del convertido es la del reafiliado, del convertido desde el interior: el que descubre o redescubre una identidad religiosa que hasta entonces se había mantenido como formal de manera puramente conformista (Hervieu-Léger, 2004).

[30] En la filosofía socrática, la búsqueda de la verdad se ve absorbida por la espiritualidad que transforma al individuo por sí mismo (Foucault, 2002). Lo que implica una metanoia (conversión) en los sujetos. En el cristianismo la noción de metanoia consiste en un cambio interior, una conversión radical, una transformación profunda de la mente y del corazón de las personas. Mientras que, en la psicología analítica de Carl Jung, la metanoia es un proceso que transforma la mente como un paliativo de autosanación (Alonso, 2004).

Dichas modalidades de conversión que surgen de la capacidad terapéutica de la palabra nos permiten afirmar que esta transformación no consiste solamente en la vigorización o la incrementación drástica de una identidad religiosa, sino en una forma específica de construcción de la identidad del sujeto contemporáneo.

DROGADICTOS ANÓNIMOS.

Drogadictos Anónimos, es una Asociación Civil que se fundó en la Ciudad de México en 1983. Sus orígenes pueden encontrarse en las agrupaciones de 24 Horas de Alcohólicos Anónimos, mismas que se cimentaron con los preceptos filosóficos de Alcohólicos Anónimos.

El objetivo primordial de dicho organismo es "rehabilitar a personas con problemas de drogadicción, abarcando su aspecto físico, mental y espiritual, contribuyendo en su reinserción social de manera digna y eficiente, basados en el programa de los Doce Pasos" (Drogadictos Anónimos, 2016a).

Con base en los cánones de Drogadictos Anónimos (2016b) estos Doce Pasos se pueden sintetizar en los siguientes cinco puntos:

1. Aceptación de la enfermedad. Un paso fundamental para que inicie la rehabilitación es reconocer que se padece una enfermedad y que sólo con ayuda se puede salir de ella.
2. Análisis de la personalidad y catarsis. El programa lleva a realizar un examen minucioso del actuar; así como la exteriorización de experiencias dolorosas y exitosas para encontrar un equilibrio entre unas y otras.
3. Relaciones interpersonales. Una vez que se hace un análisis de la personalidad se busca mejorar las relaciones con los demás.
4. Dependencia de un Poder Superior. Sabiendo que el ser humano está compuesto por mente, cuerpo y espíritu, también se trabaja con el aspecto espiritual, respetando la religión que cada uno profese.
5. Trabajo con otro. Finalmente, la transmisión de lo aprendido a otras personas con la misma problemática mantiene vivo el programa en la persona y por lo tanto su sobriedad.

Por su parte, es importante mencionar que hoy en día, Drogadictos Anónimos cuenta con 33 Centros de Tratamiento que se localizan en la Ciudad de México, Coahuila, Estado de México, Guanajuato, Guerrero, Jalisco, Michoacán, Morelos, Nuevo León, Oaxaca, Puebla, Sinaloa,

Tabasco, Tamaulipas, Yucatán y Veracruz. También tienen presencia en Nueva York y Florida, en los Estados Unidos (Gutiérrez, 2018b).

Nuestro trabajo de campo sobre Drogadictos Anónimos lo realizamos en Tabasco. A diferencia de otros estados de la república mexicana, en Tabasco sólo está en la ciudad de Villahermosa el Centro de Tratamiento "Manantial de Vida", el cual se inauguró en noviembre de 1987.

Entre las peculiaridades de Drogadictos Anónimos en Villahermosa, es que sólo aceptan varones de 18 a 59 años, quienes deben permanecer internos por tres meses como mínimo para su rehabilitación. Para ello, la persona requiere llegar a la asociación por voluntad propia y acompañado de un familiar. Durante la estancia el sujeto recibe alimentos tres veces al día. Tanto el alojamiento como la alimentación "no tienen" ningún costo, aunque en realidad, de acuerdo con el estatus económico, es el donativo que dan los familiares de la persona adicta. Actualmente el inmueble de "Manantial de Vida" consta de coordinación, recepción, dormitorios con capacidad para ochenta personas, taller de panadería, sala para reuniones grupales, sala de usos múltiples, cocina, patio, baños, área de lavado, bodega y estancia.

En palabras de José Salvador Casanova, coordinador de "Manantial de Vida", el tratamiento consiste en lo siguiente:

> En este albergue trabajamos un modelo de ayuda mutua, que comprende tres tipos de terapias que ofrecemos a los usuarios: la grupal, la individual, ocupacional y deportiva. La terapia grupal son juntas que se realizan entre los jóvenes que se encuentran internados, donde expresan sus experiencias, sus logros y deseos de superación a través de una catarsis [sanación del alma]. Esta actividad la hacemos durante cinco veces al día, durante los tres meses que van a estar internos. La terapia individual, nosotros la llamamos apadrinamiento, la cual consiste en que un interno elige a una persona con mayor experiencia y le cuenta sus problemas, es su confidente, su persona de confianza. En la terapia ocupacional y deportiva los jóvenes realizan con regularidad periódicos murales, practican algún deporte o juegos de mesa, ven películas, para que interactúen y convivan. También como terapia ocupacional tenemos un taller de panadería, donde se les enseña repostería y a elaborar diversos tipos de pan. Esto es para que ellos mantengan su mente ocupada y descubran las capacidades que tienen como seres humanos. El taller de panadería también es una herramienta de trabajo para que cuando ellos tengan la intención se reintegren a la sociedad. De igual forma, participan en la cocina, una o dos veces por semana le toca a cada uno hacer comida para todos. En la terapia deportiva salimos dos o tres veces a la semana a jugar voleibol y fútbol (Casanova, 2016; citado en Gutiérrez, 2018b: 84-85).

A partir del trabajo de campo distinguimos que las terapias grupales que se practican en Drogadictos Anónimos son iguales en estructura y procedimiento que las reuniones cerradas de Alcohólicos Anónimos. Este tipo de sesiones son exclusivas para los miembros, en este caso internos en "Manantial de Vida". En general, estas juntas son discusiones dedicadas a problemas personales de los adeptos, al adoctrinamiento de los Doce Pasos, así como a temas de la Gaceta "El Mensaje", literatura impresa por ellos mismos, la cual versa sobre testimonios de hombres y mujeres que se han "rehabilitado" en Drogadictos Anónimos. Tales reuniones duran en promedio hora y media. Por su parte, las terapias individuales fungen de la misma manera que cuando los miembros de Doble A elijen a un padrino, persona que guía al nuevo miembro por "el mejor camino" en su rehabilitación. "Algunos dicen que la mejor manera de ser padrino es ser amigo" (Alcohólicos Anónimos, 2006c: 17).

Referente al apadrinamiento, un interno de Drogadictos Anónimos menciona lo siguiente:

> Cuando leí el tema [en Gaceta "El Mensaje"] "Función del Padrino" me gustó mucho, comparto con ustedes una experiencia [religiosa] que me ayudó a valorar más mi grupo y por su puesto a mi padrino y en si al apadrinamiento, fundamental para salvarme. Hace unas semanas acudí al servicio de transmitir el mensaje en una parroquia de la ciudad de Córdoba, Veracruz. Al final de la celebración, en la puerta del templo se me acercó un señor que me platicó que él es militante de un grupo de Neuróticos Anónimos y que le cuesta mucho llevar la comunicación porque el apadrinamiento en su grupo es muy escaso, toda vez que los que son padrinos están lejos o en otra ciudad vecina, por lo que debe de esperar a alguien o llamarles por teléfono, me dijo: "me siento desesperado, ¿qué hago, ya no aguanto más?" –Sus palabras me movieron muchísimo, no supe mucho que decirle solo que hablará con quien fuera y cómo fuera. De regreso al grupo me quedé pensativo, ensimismado sólo alcancé a darle gracias a Dios porque a diferencia de la desesperación del señor de Neuróticos Anónimos por tener un padrino que lo escuche, yo sí tengo un padrino y una tribuna donde desahogarme, porque me he dejado de drogar ¿y todavía dudas que Dios te ama? (Salas, 2016: 1-2).

Es importante aclarar que como en Alcohólicos Anónimos, en Drogadictos Anónimos emplean los Doce Pasos como método terapéutico, pero el Cuarto y Quinto son los Pasos fundamentales del programa de recuperación. Estos Pasos funcionan de la misma forma en los miembros de Alcohólicos Anónimos que en los internos de Drogadictos Anónimos.

La tercera, y última terapia en "Manantial de Vida" es la ocupacional y deportiva, la cual consiste en que el adicto se integre a una

actividad donde adquiera beneficios para su salud, con la finalidad de que desarrolle valores, actitudes, habilidades y conocimientos que coadyuven a reintegrarse de mejor manera a la sociedad. Este tipo de acciones se ven enriquecidas con "actividades relativas al empleo del tiempo libre (elaboración de manualidades, organización de bailables, breves obras de teatro, juegos de mesa), con el objeto de fomentar la sociabilidad de los individuos, cuyas características por lo general son de aislamiento" (Drogadictos Anónimos, 2016b).

Básicamente la terapia ocupacional y deportiva en Drogadictos Anónimos, funciona de la misma forma y es el equivalente al llamado "Servicio", conocido como el Tercer Legado en Alcohólicos Anónimos, con la diferencia que en Doble A no se practica deporte alguno. Dicho Tercer Legado tiene la finalidad de reforzar la abstinencia de la persona sirviendo a los demás, ya sea cafetero, barrendero, secretario, tesorero, coordinador, representante de servicios generales, representante de la revista Plenitud, etcétera. Esta forma de terapia ocupacional y deportiva sienta sus bases en una noción socrática del servicio de acuerdo con Foucault (2002) en el sentido que al mismo tiempo que sirvo y cuido de los demás, cuido de mí mismo. Este tipo de filosofía práctica[31] es útil para recordar a los adictos que están esforzándose para sanar su alma.[32]

Por lo tanto, Drogadictos Anónimos emplea como método la capacidad terapéutica de la palabra para atender a drogodependientes en Villahermosa, Tabasco, pero la esencia de su programa de rehabilitación se encuentra en la *epiméleia socrática*, principio filosófico que predominó en el modo de pensamiento griego del siglo V a. C., el cual ha sido esbozado hasta nuestros días, bajo la famosa prescripción del oráculo de Delfos*:* *conócete a ti mismo* (Foucault, 2002).

Cabe precisar que fue Sócrates, quien concibió por primera vez en el pensamiento humano a la filosofía como terapia, entendida ésta como la palabra curativa.[33] "El *conócete a ti mismo* ejerce su acción terapéutica

[31] La filosofía práctica se divide en tres partes: "en primera instancia, una propedéutica o sistema de la crítica de la razón práctica, en la cual podemos ubicar de forma perfecta tanto a la Crítica de la razón práctica como a la Fundamentación; en segunda instancia, una metafísica de lo práctico o de las costumbres, donde ubicamos a la obra del mismo nombre; finalmente, la antropología práctica o antropología moral, en la que podemos ubicar la antropología en sentido pragmático" (Casales, 2015: 12).

[32] En Teetetes o de la ciencia, Sócrates le pregunta a éste, en qué consiste la ciencia. Para explicarle a Teetetes, Sócrates correlaciona el trabajo de las parteras con lo que él hace con los hombres para convertirlos en sujetos consientes sobre sí mismos, sobre los demás, sobre el mundo que los rodea. "El oficio de partear [de dar a luz], tal como yo lo desempeño, se parece en todo lo demás al de las matronas, pero difiere en que yo lo ejerzo sobre los hombres y no sobre las mujeres, y en que asisten al alumbramiento, no los cuerpos, sino las almas" (Platón, 2015: 424).

[33] Años más tarde Epicuro afirmó que "las palabras de un filósofo están vacías si no sirven como terapia para sanar el sufrimiento humano" (Usener 221, 1887; citado en Saint-Andre, 2011).

mediante el diálogo y la dialéctica" (Fraguas, 2007: 175). Este argumento lo encontramos en la *Apología de Sócrates*, donde Platón expone la filosofía socrática como *epiméleia* (cuidado) o *therapeía*[34] *tês psychês* (cuidado del alma), cuidado de uno mismo.[35] Dicho *cuidado* puede concebirse en la ideología socrática como *tratamiento*, pues en griego clásico se usan ambas palabras como sinónimos (Vallejo, 2013).

Para comprender la filosofía de Sócrates como terapéutica del alma[36], se requiere hacer una introspección del método empleado por éste para la búsqueda de la verdad, mismo que se conoce como mayéutica. Tal procedimiento consiste en un diálogo a través del cual el interlocutor descubre la verdad por sí mismo, es decir, la mayéutica es un método dialéctico. En ese sentido, "la mayéutica conlleva un esfuerzo por mirar hacia el interior de uno mismo, por descubrir la verdad que habita en cada uno" (Fraguas, 2007: 176).

Grosso modo, la noción de Sócrates *conócete a ti mismo* radica básicamente en un proceso de transformación mediante el cual el sujeto se convierte en un ser consiente y reflexivo sobre sí mismo, sobre los demás, sobre el mundo que lo rodea. Es por ello, que Simon (1984) considera que la *epiméleia socrática*, es la piedra angular de la primera psicoterapia verbal.

En relación con lo anterior, debemos considerar que el programa de recuperación de los Doce Pasos de Alcohólicos Anónimos está inspirado en la psicoterapia verbal bajo los preceptos filosóficos socráticos del cuidado del alma, método terapéutico utilizado por diversos grupos de autoayuda y ayuda mutua para la atención de las adicciones en México.

CENTROS DE INTEGRACIÓN JUVENIL.

Centros de Integración Juvenil (CIJ) es una Asociación Civil que se fundó en la Ciudad de México en 1969. A partir de 1982, dicho organismo se incorporó a la Secretaría de Salud, por lo que está sujeta a la normatividad que emite el Gobierno Federal a las entidades paraestatales, es decir, coopera con el Estado, pero no forma parte de la administración pública. Cabe señalar que desde 1973, la dirección, la administración y la representación legal están a cargo del Patronato Nacional, órgano

[34] En griego, el significado de *therapeía* tiene una connotación "médica de cuidar y asistir" (López, 2011: 69).
[35] "Toda mi ocupación es trabajar para persuadiros, jóvenes y viejos, que antes del cuidado del cuerpo y de las riquezas, antes que cualquier otro cuidado, es el del alma y de su perfeccionamiento; porque no me canso de deciros que la virtud no bien de las riquezas, sino, por el contrario, las riquezas vienen de la virtud y que es de aquí de donde nacen todos los demás bienes públicos y particulares" (Platón, 2015: 14)
[36] "Sócrates confía en que la felicidad del hombre estriba en el cuidado de la propia alma. Y cuidar de ella significa conducirse virtuosamente en la vida. O sea, la persona que es viciosa moralmente es menos envidiable que el hombre cuyo cuerpo está enfermo, puesto que el estado moral importa mucho más que su estado físico" (Pizarro, 2004: 149).

ejecutivo de la Asamblea General de Asociados, misma que está conformada por socios activos y honorarios. Las actividades de los CIJ "están encaminadas a la prevención, el tratamiento, la rehabilitación y la investigación científica sobre el consumo de drogas en México" (Centros de Integración Juvenil, 2016).

La Asociación Civil se encuentra diseminada por el territorio nacional con 102 Centros de Prevención y Tratamiento, 12 Unidades de Hospitalización y 2 Unidades de Tratamiento para personas con problemas de consumo de heroína. Nuestro trabajo de campo sobre Centros de Integración Juvenil lo realizamos en Tabasco. A diferencia de otras entidades del país, en Tabasco sólo hay un Centro de Prevención y Tratamiento, el cual se ubica en Villahermosa, el cual abrió sus puertas en junio de 2003.

Una particularidad de dicha institución es que está asentada en una colonia popular, donde se puede observar a plena luz del día a personas de escasos recursos económicos consumiendo drogas. El inmueble del CIJ Villahermosa consta de una oficina de dirección, consultorios de psicología, consultorio médico, cubículos de trabajo social, sala de usos múltiples, biblioteca, baños, sala de espera, bodega y estacionamiento.

De acuerdo con el informe de 2015, el número de usuarios atendidos por consumo de drogas en el CIJ Villahermosa, fue de 125 personas, 100 hombres y 25 mujeres. La edad de ingreso a tratamiento del 89% de personas osciló entre los 10 y los 29 años, aunque de los 15 a 19 años, se concentró el 60% de los enfermos, con un total de 62 hombres y 13 mujeres. El 30% de las personas tratadas tienen estudios de educación básica, el 57% media superior y el 11% superior. El reporte también dice que entre los 10 y 19 años el 75% de los pacientes comenzó a ingerir bebidas embriagantes y a fumar tabaco, en el mismo rango de edad, el 89% inició a usar mariguana, el 33% cocaína y el 15% crack (Gutiérrez, 2016a y 2016b).

De manera cotidiana para la rehabilitación de usuarios de drogas el CIJ Villahermosa emplea la Terapia Cognitivo Conductual (TCC), la cual "puede definirse como la aplicación clínica de la ciencia de psicología que se fundamenta en principios y procedimientos validados empíricamente" (Plaud, 2001; citado en Ruiz et al., 2012: 32). Las diferencias contemporáneas entre las diferentes aproximaciones consideradas cognitivo-conductuales son de carácter epistemológicos al acoger concepciones sustancialmente distintas de la realidad y la psicopatología. Estas diferencias teóricas y epistemológicas se plasman en las formas de

intervención, de las más rigurosamente conductuales a las estrictamente cognitivas constructivistas. Desde un punto de vista fenomenológico podemos identificar cuatro características de la Terapia Cognitivo Conductual. 1) La TCC es un ámbito de intervención en salud que trabaja con respuestas físicas, emocionales, cognitivas y conductuales desadaptadas, de carácter aprendido. El individuo tiene responsabilidad en los procesos que le afectan y puede ejercer control sobre ellos. 2) La TCC se caracteriza por ser una terapia de tiempo limitado en comparación con otras psicoterapias a largo plazo. 3) La TCC tiene una naturaleza educativa que puede ser más o menos explícita. 4) La TCC posee en esencia un carácter auto-evaluador a lo largo de todo el proceso (énfasis en la validación empírica) (Ruiz et al., 2012).[37]

Sin embargo, de manera paralela a la Terapia Cognitivo Conductual, a la que llamaremos Modelo Laico de Rehabilitación (MLR), el CIJ Villahermosa utiliza el programa terapéutico de Alcohólicos Anónimos, al que denominaremos Modelo Religioso de Rehabilitación (MRR).[38] Al respecto, la psicóloga Olga Aguirre, directora del CIJ Villahermosa, nos comenta lo siguiente:

> Nosotros manejamos tres tipos de tratamiento. Uno lo llamamos ITA (Intervención Temprana en Adolescentes). Ahora tenemos el programa de intervención temprana en adolescentes con consumo de mariguana, porque son los que más nos llegan para rehabilitación. Por otra parte, tenemos el tratamiento Centro de Día, están ellos toda la semana, unas cuatro horas al día, y los vamos valorando con las terapias grupales e individuales para padres e hijos. El otro tratamiento es el de Consulta Externa, y vienen dos o tres veces por semana a que se les valore. Nosotros manejamos el Modelo Cognitivo Conductual, es el que mejor resultados nos ha dado. Incluso es el modelo que se le enseñó a Oceánica [Clínica de rehabilitación y tratamiento de adicciones], que Oceánica enseñó a los CAPAS [Centros de Atención Primaria de las Adicciones]. El modelo consiste en una entrevista motivacional, porque cuando llegan los chavos vienen muy sacados de onda y hay que orientarlos. Después se les ubica en Consulta Externa o en Centro de Día. Cualquiera de los programas es intensivo con duración de 3 meses. También tenemos un taller que se llama Nueva RED. En ese taller llega uno de los pacientes que esté en fase de seguimiento, y él o ella, les da una plática de sus vivencias, de cómo se benefició al dejar las drogas, los retos que tuvo que pasar para ello, etcétera, similar a Alcohólicos Anónimos. Nosotros aquí tenemos como grupo de apoyo a Alcohólicos Anónimos, ellos sesionan

[37] Los fundamentos teóricos conductuales que sirvieron de base para el desarrollo de la Terapia Cognitivo Conductual fueron: la reflexología y las leyes del condicionamiento clásico de Pavlov, el conexionismo de Thorndike, el conductismo de Watson, Hull, Guthrie, Mowner y Tolman, y la contribución de Skinner al análisis experimental de la conducta (Ruiz et al., 2012).

[38] Castrillón (2008) identifica dos modelos de tratamiento que están en constante juego en la relación comunidad terapéutica/adicto en recuperación: uno de carácter laico, específicamente científico, y el otro de carácter religioso, particularmente cristiano.

> lunes y miércoles, y el viernes Al-Anon, para los padres y familiares de los pacientes (Aguirre, 2016).

A ciencia cierta el programa de tratamiento de los CIJ en México está conformado por tres subprogramas: de consulta externa, de hospitalización y de reducción de daño. Durante el trabajo de campo en el CIJ Villahermosa, se pudo constatar que en dicha unidad sólo se aplica el subprograma de consulta externa, el cual se divide en tres programas. 1) *Plan Primera Respuesta* (Intervención Temprana en Adolescentes). Se trata de un plan de respuesta primaria dirigido a las personas que han tenido poco contacto con las drogas, especialmente con fines recreativos o de experimentación, para intervenir en esos primeros momentos y contribuir a que no desarrollen un proceso adictivo. 2) *Consulta Externa Básica*. Se compone de varios servicios de salud, proporcionados por médicos, psicólogos y trabajadores sociales, quienes buscan como primer y último objetivo lograr la abstinencia del consumo de drogas. 3) *Consulta Externa Intensiva*. Se aplica bajo la modalidad de Centros de Día, el cual está basado en el modelo de Comunidades Terapéuticas (CT), está dirigido a personas con problemas de abuso y/o dependencia al alcohol, tabaco y otras drogas, que requieren de atención integral e intensiva debido a la severidad de su adicción. La atención incluye la elaboración de un plan de tratamiento personalizado con actividades terapéuticas y de apoyo, monitoreo de su estado de salud y servicios de rehabilitación. También se brindan servicios psicoeducativos y de orientación para los familiares de los pacientes. El tratamiento es ambulatorio. Los pacientes asisten de lunes a viernes y tienen actividades por cuatro o cinco horas en la tarde. La duración del tratamiento puede variar de uno a tres meses, dependiendo del caso particular de cada paciente y de su evolución. Cabe precisar que cada uno de estos programas camina por su propio sendero. El meollo de la situación es que no son complementarios ni recíprocos, aunque persigan el mismo objetivo.

Ejemplo de ello, es que las terapias individuales que se practican en los programas de tratamiento en el CIJ Villahermosa forman parte de "un proceso experiencial en el que una persona, en la posición de paciente, establece una relación de ayuda con un experto, en posición de psicoterapeuta, con el propósito de superar situaciones que son reportadas como fuentes de malestar y sufrimiento, con la aspiración de reducir estos efectos subjetivos desintegradores y alcanzar un estado de mayor bienestar al que se alude como cura" (Murcia y Orejuela, 2014: 156).[39]

[39] Es importante aclarar que existen diversas formas de psicoterapias, de acuerdo con el enfoque teórico que las sustenta, en tal sentido, no se puede hablar de psicoterapia sino psicoterapias.

Mientras que la presencia de Alcohólicos Anónimos –y de Al-Anon– no corresponde únicamente a un grupo de apoyo como lo menciona la directora de la institución, porque en realidad son la base de las terapias grupales para pacientes, familiares y amigos, puesto que las sesiones que se realizan en Centro de Día, se celebran de la misma forma –en cuanto a estructura, procedimiento y contenido– que aquellas que se practican en cualquier grupo tradicional de Alcohólicos Anónimos en México.[40] Por si fuera poco, estas reuniones son presididas por miembros activos de Doble A –y de Al-Anon– en Villahermosa, Tabasco.

Ese sentido, podemos afirmar que el CIJ Villahermosa sólo tiene dos formas de atención, las terapias individuales (de carácter científico), que son administradas por terapeutas profesionales que laboran en la institución, y las grupales (de carácter religioso), que son dirigidas por adeptos de Doble A –y de Al-Anon–, sujetos que propiamente no son terapeutas profesionales.

Esto atañe, por una parte, a que el CIJ Villahermosa ha puesto mayor énfasis en Casa de Día, para que este programa funcione lo mejor posible, ocasionando que se descuiden los otros dos programas de tratamiento. Es probable que esto sea resultado de la política interna de los CIJ en México. Por la otra, es que la dirección del CIJ Villahermosa está más preocupada por la parte administrativa, que por el tratamiento y la eficacia del programa de rehabilitación. Tal situación, hace más complejo el desempeño de la Asociación Civil en la entidad tabasqueña.

[40] Las reuniones más comunes son: 1) Cerradas. Para alcohólicos únicamente. 2) Abiertas. Para cualquier persona interesada en asistir. 3) Maratónicas. Para alcohólicos únicamente y se realizan en un grupo determinado sin límite de tiempo. 4) De información pública. Reuniones que se efectúan dentro o fuera del grupo con oradores específicos, en las que se da la importancia a informar al público sobre lo que hace y no hace Alcohólicos Anónimos. 5) Compartimientos. Juntas en las que se habla sobre un tema específico para capacitar a los miembros. 6) Para principiantes. Sesiones que se celebran únicamente cuando llega un miembro nuevo al grupo. 7) De servicio o trabajo. Una o varias veces al mes se realizan reuniones especiales, distintas de las demás, en la que los servidores del grupo informan acerca del desarrollo de su trabajo y reciben orientación de los integrantes de este. En estas reuniones se eligen a los servidores de Grupo, Distrito, Área, etcétera (Gutiérrez, 2014).

REFLEXIONES FINALES.

Como lo mostraron los informes oficiales, en los últimos veinte años, ha venido en aumento el consumo de alcohol entre la población adolescente en México. Así mismo, es este sector el que más padece dicho trastorno que incide directamente en la sociedad como un problema de salud pública que debe atenderse de manera inmediata.

> Aunque existe un crecimiento elevado de adicciones, cuya tasa de consumo registra un alarmante aumento entre la población adolescente, en Tabasco se carece de una institución oficial de internamiento ex profeso para rehabilitación. Hasta ahora hay una mayor atención en programas de prevención, reconocen autoridades del sector salud estatal (Barboza, 2014).

Para afrontar dicho contexto social diversas instituciones de salud públicas y Asociaciones Civiles, tanto nacionales como internacionales, han concentrado esfuerzos por en erradicar o disminuir significativamente tal fenómeno social que agobia cada día más a la población en su conjunto.

Sin embargo, estos bríos han sido infructuosos, puesto que como menciona Murcia y Orejuela (2014: 157) "desde hace varias décadas se viene cuestionado la efectividad de las psicoterapias", porque hasta el día de hoy no existe en el mundo un programa terapéutico que sea eficaz para el tratamiento de usuarios de drogas, incluido el alcohol y el tabaco.

Ejemplo de ello, es que son las Asociaciones Civiles, bajo el enfoque de Comunidad Terapéutica, quienes mejores resultados han obtenido por sus programas de rehabilitación sustentados en aspectos espirituales –considerados personalmente como religiosos–, los cuales no cuentan con la estructura adecuada ni con el apoyo teórico-práctico de especialistas clínicos (psicólogos, psiquiatras, médicos, trabajadores sociales, etcétera).[41]

> La psicóloga [Olga Aguirre, directora del CIJ Villahermosa] señala que sin la ayuda profesional difícilmente se ataca la adicción, sin ir a la raíz del problema, tanto personal como familiar, ya que existe una codependencia. Cita que, en los casos de los llamados Anexos, sólo dejan de consumir la sustancia durante el tiempo que estén encerrados. "No tratan el tema de ansiedad ni con terapia ni fármacos, ni los aspectos físicos al quitarle la droga". Una persona que egresa de ese tipo de establecimientos operados

[41] No es preciso que entremos aquí en una discusión sobre complejidades semánticas en cuanto al uso cotidiano o sociológico de los términos espiritual o religioso. Para nuestra finalidad, es suficiente con entender lo espiritual como al conjunto de "búsquedas, prácticas y experiencias que pueden ser las purificaciones, la ascesis, las renuncias, las conversiones de la mirada, las modificaciones de la existencia, etcétera, que constituyen, no para el conocimiento sino para el sujeto, para el ser mismo del sujeto, el precio a pagar para tener acceso a la verdad" (Foucault, 2002: 33).

> por gente no profesional, “sale ansiosa, con coraje y tal vez sale a consumir todo lo que no consumió” (Diario Presente, 2014b).

Un punto importante que reflexionar sobre el modelo de rehabilitación implementado en las Asociaciones Civiles en Villahermosa, donde realizamos el trabajo de campo, es que en ambos emplean para el tratamiento de usuarios de alcohol y drogas, en mayor o menor medida, el método terapéutico religioso de Alcohólicos Anónimos.

Por ello, es importante señalar que, tanto el método terapéutico del Centro de Integración Juvenil en Villahermosa, como el de Drogadictos Anónimos son modelos tripartitas, puesto que su tratamiento se divide en tres partes: la física (corpórea), la mental (psicológica) y la espiritual (religiosa) (Ver Figura 2).

Figura 2. Método Terapéutico Tripartita



Fuente: Elaboración propia, 2016.

Se debe subrayar que este método terapéutico tripartita implementado por dichas Asociaciones Civiles es muy parecido en funcionamiento y estructura al de Alcohólicos Anónimos, puesto que este también contempla tres partes, como son los Tres Legados que sus adeptos tienen que aceptar como parte de su proceso terapéutico. Como ya lo expresamos, de forma simbólica, estos se encuentran representados en el logotipo de la agrupación. Los Doce Pasos (recuperación), las Doce Tradiciones (unidad) y los Doce Conceptos (servicio) son una guía para recobrar los valores espirituales.

Por lo tanto, las Asociaciones Civiles que atienden a usuarios de drogas fungen como Comunidades Terapéuticas, diferenciándose en que el modelo de rehabilitación del CIJ Villahermosa contempla en mayor medida la parte clínica, sin dejar de lado la parte espiritual o religiosa, misma que pone en manos de los adeptos de Alcohólicos Anónimos y de

Al-Anon. Mientras que el modelo de Drogadictos Anónimos basa la desintoxicación del adicto en la disposición de la fe en un Poder Superior o un Dios, como cada interno lo conciba. Esta idea está cimentada en un adoctrinamiento con principios religiosos cristianos, los cuales son retomados de la Biblia.

Dada la conformación de estos modelos terapéuticos, es indudable que dichas Asociaciones Civiles no son una solución al problema del consumo de alcohol y drogas en México.[42]

En primer lugar, porque carecen de instalaciones y de personal calificado. En segundo lugar, porque los métodos de rehabilitación, como se ha expuesto, cuentan con innumerables deficiencias, puesto que no se ajustan a las necesidades sociales contemporáneas. Muestra de ello, es que un sujeto adicto a una sustancia psicoactiva adquiere una codependencia emocional al grupo que asiste como parte de su rehabilitación, es decir, de una dependencia se pasa a otra. En tercer lugar, lo que menos interesa a las autoridades gubernamentales, es si las personas se rehabilitan –deslindándose así de toda responsabilidad–, ya que para eso se crearon jurídicamente dichas Asociaciones Civiles.

Por otra parte, la dinámica actual de la producción, distribución, consumo y regulación de sustancias psicoactivas presenta un sinnúmero de retos y desafíos por factores como la economía, la política, el medio ambiente, el crecimiento demográfico, el desarrollo regional, nacional e internacional, los flujos migratorios, la globalización, la gentrificación, etcétera, que han modificado el consumo del alcohol entre la población en el país, porque se han establecido nuevos patrones culturales simbólicos en la ingesta de bebidas embriagantes conduciendo a los individuos al consumo consuetudinario de alcohol.

Algunos analistas atribuyen al cambio cultural[43] las repercusiones e incidencias que se viven actualmente sobre la ingesta de bebidas

[42] "Es necesario señalar aspectos que contradicen la tendencia de identificar a las Organizaciones de la Sociedad Civil sólo como entidades honestas, justas y transparentes. Por una parte, podemos señalar que existen organizaciones racistas, antidemocráticas o fundamentalistas, así como otras que atentan contra los derechos de los grupos sociales y políticos, lo que redunda en un capital social negativo. También las debilidades que enfrentan estas organizaciones para su funcionamiento las condicionan para alcanzar metas de eficiencia, continuidad a largo plazo, transparencia, entre otras. Entre estas debilidades se cuentan: la incertidumbre sobre la capacidad de financiamiento que condiciona la supervivencia de la organización y la realización de muchos proyectos, con una visión de más largo alcance; el protagonismo otorgado en muchas ocasiones a los líderes fundadores, a quienes se les conceden atributos que minan la democracia dentro de las mismas organizaciones; la poca o nula inversión en profesionalización de sus miembros; la incorporación de procesos de rendición de cuentas, entre muchos más" (Girardo y Mochi, 2012: 337).

[43] Desde hace varias décadas, diversos autores vienen hablando sobre la decadencia de las instituciones sociales. Esta perspectiva sostiene que las transformaciones sociales contemporáneas se caracterizan por tener un lenguaje heterogéneo que no es univoco ni estable (Derrida, 1986), por revalorizar y promover el cuidado del

alcohólicas, como un problema social que se tiene que afrontar con políticas públicas transdiciplinarias.

Como lo mostramos en el capítulo tres, hay sectores de la sociedad, primordialmente los jóvenes, quienes encuentran en el alcohol un refugio para confrontar diversos problemas como la pobreza, el desempleo, la marginación, la violencia y la prostitución. No obstante, los problemas relacionados con la ingesta de bebidas embriagantes también ocurren en grupos adecuadamente integrados y con plenas oportunidades de desarrollo.

En nuestros días, la ingesta de bebidas embriagantes también contempla nuevas perspectivas que están relacionadas con la producción masiva de alcohol, situación que ha sido promovida por las industrias, llegando a convertirse en una mercancía trascendental para el desarrollo de la economía global.

No debemos perder de vista que la producción, distribución y consumo de alcohol es un negocio redondo para las industrias nacionales y extrajeras, lo que ha ocasionado una demanda sinigual en el mercado local y global. Muestra de ello, es que desde hace más de diez años han proliferado exponencialmente en el territorio nacional las tiendas de conveniencia como Oxxo, Seven Eleven, Extra, donde se ofrecen bebidas embriagantes para todo tipo de gusto y de bolsillo, las 24 horas del día, durante los 365 días del año.

En la mayor parte de la población en México se ha identificado la ingesta de alcohol con patrones de consumo consuetudinario, haciendo que cada día sea más visible la grave situación que estamos viviendo, debido a que la manipulación social se ha quedado corta en términos culturales y simbólicos; esta vacuidad ha sido instrumentada por las cúpulas económicas, políticas y religiosas, que no están de acuerdo con la pluralidad de los múltiples contextos que coexisten en el país.

Actualmente los bebedores no sólo emplean alcohol de forma consuetudinaria para socializar y sentirse "bien". Desde hace tiempo, la sociedad les ha impuesto estereotipos y connotaciones morales: los alcohólicos son "enfermos", "retrogradas", "vándalos", "delincuentes", en otras palabras, personas no deseadas, repudiadas por todos. Estos

medio ambiente (Sauvé, 1999), por engrandecer la individualidad de los sujetos (Bajoit, 2003), por estar centrada en las tecnologías de información y comunicación (Castells, 2001, 2003 y 2005; Lyotard, 2006), por suscitar una cultura consumista (Bauman, 1996, 2001 y 2007). Estos cambios sociales nos han conducido irreversiblemente hacia un tipo de sociedad cualitativamente nueva, ocasionado una profunda mutación cultural en el individuo moderno (Bajoit, 2003).

calificativos que son descalificativos hacia las personas se solapan y se encubren socialmente en la palabra consumo.

Por mucho tiempo se comprendió, de forma errónea, que otorgarle un carácter lícito al alcohol disminuiría su ingesta. Hoy sabemos que la condición permisiva o prohibitiva de cualquier sustancia psicoactiva como el alcohol, es una falacia creada por las clases dominantes que no guarda ninguna relación ni se apiada de los estragos que provoca su uso en la sociedad como en el sistema de salud pública, de ser así, todas las drogas tendrían que estar prohibidas.

BIBLIOGRAFÍA.

Abend, G. (2008). "The meaning of theory", in Sociological Theory, Vol. 26, Issue 2, pp. 173-199.

Adler, L. (2016). Cómo sobreviven los marginados, Siglo XXI, México.

Aguilar, M. (2003). "Etnomedicina en Mesoamérica", en Arqueología Mexicana, Vol. 10, No. 59, INAH, México, pp. 26-31.

Aguirre, Á. (1995). "Etnografía", en Aguirre Baztán, A. (coord.), Etnografía; metodología cualitativa en la investigación sociocultural, Boixareu Universitaria, Barcelona, España, pp. 3-20.

Aguirre, G. (1992). Medicina y magia: el proceso de aculturación en la estructura colonial, Fondo de Cultura Económica, México.

Aguirre, O. (2016). Entrevista realizada en la dirección del CIJ Villahermosa (formato Mp3), Villahermosa, Tabasco, 3 de agosto de 2016.

Aguirre, S. (1995). "Entrevistas y cuestionarios", en Aguirre Baztán, A. (coord.), Etnografía; metodología cualitativa en la investigación sociocultural, Boixareu Universitaria, Barcelona, España, pp. 171-180.

Alcohólicos Anónimos (2011a). El programa de recuperación, en Central Mexicana de Servicios Generales de Alcohólicos Anónimos.

Alcohólicos Anónimos (2011b). Quién es, en Central Mexicana de Servicios Generales de Alcohólicos Anónimos.

Alcohólicos Anónimos (2011c). Tipos, en Central Mexicana de Servicios Generales de Alcohólicos Anónimos.

Alcohólicos Anónimos (2010a). "¿Con cuál significado nos quedamos?", en Apartado 29-70, Boletín informativo de la Oficina de Servicios Generales de A.A. en México, núm. 242, mayo-junio, pp. 2.

Alcohólicos Anónimos (2010b). "Internacionales y solitarios: un servicio salvavidas", en Apartado 29-70, Boletín informativo de la Oficina de Servicios Generales de A.A. en México, núm. 243, julio-agosto, pp. 4-5.

Alcohólicos Anónimos (2010c). Diez mujeres en A.A., Central Mexicana de Servicios Generales de Alcohólicos Anónimos, México.

Alcohólicos Anónimos (2010d). Los jóvenes y A.A., Central Mexicana de Servicios Generales de Alcohólicos Anónimos, México.

Alcohólicos Anónimos (2010e). Trasmítelo. La historia de Bill Wilson y de cómo llegó al mundo el mensaje de A.A., Central Mexicana de Servicios Generales de Alcohólicos Anónimos, México.

Alcohólicos Anónimos (2009). Alcohólicos Anónimos en México, Central Mexicana de Servicios Generales de Alcohólicos Anónimos, México.

Alcohólicos Anónimos (2008). Compendio de temas generales y mesas de trabajo de asambleas y conferencias mexicanas, Central Mexicana de Servicios Generales de Alcohólicos Anónimos, México.

Alcohólicos Anónimos (2007a). Los doce conceptos condensados, Central Mexicana de Servicios Generales de Alcohólicos Anónimos, México.

Alcohólicos Anónimos (2007b). Reflexiones diarias. Esto es un libro de reflexiones escritas por los A.A. para los A.A., Central Mexicana de Servicios Generales de Alcohólicos Anónimos, México.

Alcohólicos Anónimos (2006a). Manual de servicio de Alcohólicos Anónimos y doce conceptos para el servicio mundial, Central Mexicana de Servicios Generales de Alcohólicos Anónimos, México.

Alcohólicos Anónimos (2006b). Los doce pasos, Central Mexicana de Servicios Generales de Alcohólicos Anónimos, México.

Alcohólicos Anónimos (2006c). El grupo de A.A., Central Mexicana de Servicios Generales de Alcohólicos Anónimos, México.

Alcohólicos Anónimos (2005a). Este es el libro grande, el texto básico de Alcohólicos Anónimos, Central Mexicana de Servicios Generales de Alcohólicos Anónimos, México.

Alcohólicos Anónimos (2005b). Llegamos a creer, Central Mexicana de Servicios Generales de Alcohólicos Anónimos, México.

Alcohólicos Anónimos (2005c). Viviendo sobrio, Central Mexicana de Servicios Generales de Alcohólicos Anónimos, México.

Alcohólicos Anónimos (2005d). Un punto de vista sobre Alcohólicos Anónimos, Central Mexicana de Servicios Generales de Alcohólicos Anónimos, México.

Alcohólicos Anónimos (2005e). ¿Hay un alcohólico en su vida?, Central Mexicana de Servicios Generales de Alcohólicos Anónimos, México.

Alcohólicos Anónimos (2005f). 44 preguntas y respuestas acerca del programa de A.A., Central Mexicana de Servicios Generales de Alcohólicos Anónimos, México.

Alcohólicos Anónimos (2005g). Esto es A.A., Central Mexicana de Servicios Generales de Alcohólicos Anónimos, México.

Alcohólicos Anónimos (2005h). Las doce tradiciones, Central Mexicana de Servicios Generales de Alcohólicos Anónimos, México.

Alcohólicos Anónimos (2005i). Tres charlas a sociedades médicas, Central Mexicana de Servicios Generales de Alcohólicos Anónimos, México.

Alcohólicos Anónimos (2005j). Una breve guía de Alcohólicos Anónimos, Central Mexicana de Servicios Generales de Alcohólicos Anónimos, México.

Alcohólicos Anónimos (2005k). Lo mejor de Bill. Del Grape vine. Fe, miedo, honradez, humildad, amor, Central Mexicana de Servicios Generales de Alcohólicos Anónimos, México.

Alcohólicos Anónimos (2004a). Manual de comités de instituciones correccionales de A.A., Central Mexicana de Servicios Generales de Alcohólicos Anónimos, México.

Alcohólicos Anónimos (2004b). El empleado alcohólico, Central Mexicana de Servicios Generales de Alcohólicos Anónimos, México.

Alcohólicos Anónimos (2002). Información general de A.A., Central Mexicana de Servicios Generales de Alcohólicos Anónimos, México.

Alonso, J. (2004). "La psicología analítica de Jung y sus aportes a la psicoterapia", en Universitas Psychologica, Vol. 3, Núm. 1, enero-junio, Pontificia Universidad Javeriana, Bogotá, Colombia, pp. 55-70.

American Psychiatric Association (1994). Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, Fourth Edition, American Psychiatric Association, Washington, United States.

Asociación Americana de Psicología (2018). "Trastornos del consumo de alcohol y su tratamiento", en Asociación Americana de Psicología.

Atuesta, L. (2014). Programa de política de drogas, Centro de Investigación y Docencia Económicas, Región Centro, México.

Babbie, E. (2011). The basics of social research, fifth edition, Wadsworth, Belmont, California, United States of America.

Bajoit, G. (2009). "La tiranía del gran ISA", en Cultura y representaciones sociales, Año 3, No. 6, Instituto de Investigaciones Sociales, Universidad Nacional Autónoma de México, México, pp. 9-24.

Bajoit, G. (2008). "La renovación de la sociología contemporánea", en Cultura y representaciones sociales, Año 3, No. 5, Instituto de Investigaciones Sociales, Universidad Nacional Autónoma de México, México, pp. 9-31.

Bajoit, G. (2003). Todo cambia: análisis sociológico del cambio social y cultural en las sociedades contemporáneas, Ediciones LOM, Santiago de Chile, Chile.

Barba, B. (2015). "Las plantas sagradas mexicanas", en Ciencia, Vol. 66, No. 3, Academia Mexicana de Ciencias, México, pp. 48-59.

Barboza, R. (2014). "Urge profesionalizar centros de adicción en Tabasco", en Diario Presente.

Bartolomé, M. A. (2004). Gente de costumbre y gente de razón. Las identidades étnicas en México, Siglo XXI, México.

Bauman, Z. (2007). Vida de consumo, Fondo de Cultura Económica, México.

Bauman, Z. (2004). Modernidad líquida, Fondo de Cultura Económica, Buenos Aires, Argentina.

Bauman, Z. (2001). La globalización. Consecuencias humanas, Fondo de Cultura Económica, México.

Bauman, Z. (1996). "Teoría sociológica de la posmodernidad", en Espiral, estudios sobre estado y sociedad, Vol. 2, No. 5, Centro Universitario de Ciencias Sociales y Humanidades, Universidad de Guadalajara, México, pp. 81-102.

Bergman, M. (2016). Drogas, narcotráfico y poder en América Latina, Fondo de Cultura Económica, Argentina.

Bell, D. (1991). El advenimiento de la sociedad postindustrial, Alianza, España.

Berger, P. (2006). El dosel sagrado; para una teoría sociológica de la religión, Kairós, España.

Berger, P. (2004). Cuestiones sobre la fe. Una afirmación escéptica del cristianismo, Herder, España.

Berger, P. y Luckmann, T. (2006). La construcción social de la realidad, Amorrortu, Argentina.

Berger, P. y Luckmann, T. (1997). Modernidad, pluralismo y crisis de sentido. La orientación del hombre moderno, Paidós, España.

Biblia (1995). Santa Biblia Reina-Valera, Sociedades Bíblicas Unidas, México.

Blancarte, R. (1993). Historia de la iglesia católica en México 1929-1982, El Colegio Mexiquense, Fondo de Cultura Económica, México.

Bourdieu, P. et al. (2008). El oficio de sociólogo, Siglo XXI, México.

Bourdieu, P. (2007). El sentido práctico, Siglo XXI, Argentina.

Bourdieu, P. (1988). La distinción, Taurus, España.

Brandes, S. (2004a). Estar sobrio en la Ciudad de México, Plaza y Janés, México.

Brandes, S. (2004b). "Buenas noches compañeros. Historias de vida en Alcohólicos Anónimos", en Revista de Antropología Social, Vol. 13, Universidad Complutense de Madrid, España, pp. 113-136.

Bustos, Y. Q. (2017). Sendejo, bebida fermentada de San Isidro Labrador, municipio de Villa Victoria del Estado de México. Un estudio antropológico sobre la tradición alimentaria en las familias González-Sánchez y Rubio-López, Tesis de Licenciatura en Antropología Social, Universidad Autónoma del Estado de México, México.

Cardaci, D. (2006). Ordenando relatos. Investigaciones sobre salud y género en programas mexicanos de estudios de la mujer, en Salud colectiva, vol. 2, núm. 1, enero-abril, Universidad Nacional de Lanús, Argentina, pp. 21-34.

Casales, R. (2015). "La división de la filosofía práctica en Kant", en Revista Valenciana, Núm. 15, Universidad de Guanajuato, México, pp. 7-33.

Castells, M. (2005). La era de la información, economía, sociedad y cultura, Vol. I: La sociedad red, Siglo XXI, México.

Castells, M. (2003). La era de la información, economía, sociedad y cultura, Vol. II: El poder de la identidad, Siglo XXI, México.

Castells, M. (2001). La era de la información, economía, sociedad y cultura, Vol. III: Fin de milenio, Siglo XXI, México.

Castrillón, M. C. (2008). "Entre teoterapias y laicoterapias. Comunidades terapéuticas en Colombia y modelos de sujetos sociales", en Psicología y sociedad, Vol. 20, Núm. 1, Asociación Brasileña de Psicología Social, Minas Gerais, Brasil, pp. 80-90.

Centro de Estudios Legales y Sociales (2015) El impacto de las políticas de drogas en los derechos humanos, Centro de Estudios Legales y Sociales, Buenos Aires, Argentina.

Centro Mexicano de Estudios en Farmacodependencia (1976). Fármacos de abuso. Prevención, información farmacológica y manejo de intoxicaciones, Centro Mexicano de Estudios en Farmacodependencia, Procuraduría General de la República, México.

Centros de Integración Juvenil, A.C. (2016). "Quiénes somos", en Centros de Integración Juvenil, A.C.

Comisión de Derechos Humanos del Distrito Federal (2014). Drogas y derechos humanos en la ciudad de México 2012-2013, Comisión de Derechos Humanos del Distrito Federal, México.

Comisión Económica para América Latina y el Caribe (2016a). Anuario estadístico de América Latina y el Caribe, Naciones Unidas, Santiago, Chile.

Comisión Económica para América Latina y el Caribe (2016b). La matriz de la desigualdad social en América Latina, Naciones Unidas, Santiago, Chile.

Courtwright, D. (2002). Las drogas y la formación del mundo moderno. Breve historia de las sustancias adictivas, Paidós, España.

Del Castillo, A. (1997). "Prensa, poder y criminalidad a finales del siglo XIX en la Ciudad de México", en Hábitos, normas y escándalo. Prensa, criminalidad y drogas durante el porfiriato tardío, Plaza y Valdés, CIESAS, México, pp. 17-73.

Del Moral, M. y Fernández, L. (2003). "Capítulo 1. Conceptos fundamentales en drogodependencia", en Drogodependencias: farmacología, patología, psicología, legislación, Médica Panamericana, España, pp. 1-25.

Department of Health and Human Services (1991). De la toma de conciencia a la acción. Qué puede hacer la comunidad respecto al consumo de drogas en América, Department of Health and Human Services. Office for Substance Abuse Prevention, United States.

Derrida, J. (1986). De la gramatología, Siglo XXI, México.

Diario Presente (2014a). Existen 13 centros de atención contra adicciones en Villahermosa, en Diario Presente.

Diario Presente (2014b). Gestionan construcción de un centro de rehabilitación, en Diario Presente.

Díaz, A. et al. (2008) "Prevalencia del consumo riesgoso y dañino de alcohol y factores de riesgo en estudiantes universitarios de primer ingreso", en Salud Mental, No. 31, Instituto Nacional de Psiquiatría Ramón de la Fuente Muñiz, México, pp. 271-282.

Diccionario Enciclopédico de la Medicina Tradicional Mexicana (2009a). "Hikuli", en Universidad Nacional Autónoma de México.

Diccionario Enciclopédico de la Medicina Tradicional Mexicana (2009b). "Hoja de la pastora", en Universidad Nacional Autónoma de México.

Domínguez, V. et al. (2016). "Uso racional de benzodiacepinas: hacia una mejor prescripción", en Revista Uruguaya de Medicina Interna, No. 3, Sociedad de Medicina Interna del Uruguay, Uruguay, pp. 14-24.

Drogadictos Anónimos (2016a). "Inicio", en Drogadictos Anónimos, A.C.

Drogadictos Anónimos (2016b). "Forma de trabajo", en Drogadictos Anónimos, A.C.

Dubar, C. (2002). La crisis de las identidades: la interacción de una mutación, Bellaterra, España.

Dubet, F. (2006). El declive de la institución, Gedisa, España.

Dubet, F. y Martuccelli, D. (2000). En qué sociedad vivimos, Losada, Argentina.

Douglas, M. (1996). Cómo piensan las instituciones, Alianza, España.

Durkheim, É. (2001). La educación moral, Colofón, México.

Durkheim, É. (1998). Las formas elementales de la vida religiosa, Colofón, México.

Durkheim, É. (1997). Las reglas del método sociológico, Colofón, México.

Durkheim, É. (1990). Educación y sociología, Ediciones 62, España.

Durkheim, É. (1976). Educación como socialización, Ediciones Sígueme, España.

Enciclopedia jurídica (2014). "Juridicidad", en Unión Postal Universal. Organismo especializado de las Naciones Unidas.

Enciso, F. (2014). "El origen del narco, según la glosa popular sinaloense", en Arenas. Revista sinaloense de ciencias sociales, Año 15, No. 36, Universidad Autónoma de Sinaloa, México, pp. 10-34.

Ehrenberg, A. (1998) La fatiga de ser uno mismo. Depresión y sociedad, Nueva Visión, Argentina.

Flay, B. R. & Petraitis, J. (1991). Methodological issues in drug abuse prevention research: Theoretical foundations. In C. Leukfeld & W. Bukoski (Eds.) Drug abuse and prevention research: Methodological issues. National Institute of Drug Abuse Research Monographs, Washington, DC, United States of America.

Fichter, J. (1994). Sociología, Herder, España.

Foster, G. (1961). The dyadic contract: A model for the social structure of a mexican peasant village. American Anthropologist, 63(6), 1173-1192.

Foucault, M. (2002). La hermenéutica del sujeto, Fondo de Cultura Económica, México.

Fournier, P. y Mondragón, L. (2012). "Las bebidas mexicanas. Pulque, mezcal y tesgüino", en Arqueología Mexicana, Vol. 19, No. 114, INAH, México, pp. 52-59.

Fraguas, D. (2007). "¿Hubo una psicoterapia verbal en la Grecia clásica?", en Frenia. Revista de historia de la psiquiatría, Vol. 7, No. 1, Instituto de Historia del Consejo Superior de Investigaciones Científicas, España, pp. 167-193.

Franco, M. D. y Giner, J. (2008). "Síndrome de dependencia del alcohol", en Revista Jano. Medicina y humanidades, No. 1714, España, pp. 73-76.

Fundación de Investigaciones Sociales (2018). Principales instituciones de ayuda contra las adicciones. Fundación de Investigaciones Sociales.

Furst, P. (1994). Alucinógenos y cultura, Fondo de Cultura Económica, México.

García, N. (1990). Culturas Híbridas; estrategias para entrar y salir de la modernidad, Grijalbo, México.

García, J. y López, C. (2001). Manual de estudios sobre alcohol, Editorial EDAF, España.

Garma, C. (2007). "Diversidad religiosa y políticas públicas en América Latina", en Cultura y religión, Vol. 1, No. 1, Universidad Arturo Prat, Chile, pp. 48-60.

Giménez, G. (2002). "Introducción a la sociología de Pierre Bourdieu", en Colección Pedagógica Universitaria, Vol. 37, No. 38, Universidad Veracruzana, México, pp. 1-11.

Giménez, G. (1997). "Materiales para una teoría de las identidades sociales", en Frontera Norte, Vol. 9, No. 18, El Colegio de la Frontera Norte, México, pp. 9-28.

Girardo, C. y Mochi, P. (2012). "Las organizaciones de la sociedad civil en México: modalidades del trabajo y el empleo en la prestación de servicios de proximidad y/o relacionales", en Economía, Sociedad y Territorio, Vol. 12, Núm. 39, El Colegio Mexiquense, México, pp. 333-357.

Goguitchaichvili, A. et al. (2018). "Archaeomagnetic evidence of pre-Hispanic origin of Mezcal", in Journal of Archaeological Science: Reports, Vol. 21, Elsevier, Ámsterdam, Nederland, pp. 504-511.

González, P. (2009). "Dioniso: los misterios de la villa de Pompeya", en Akros, No. 8, Museo de Arqueología e Historia de Melilla, Ciudad Autónoma de Melilla, España, pp. 57-62.

Gómez, V. I. et al. (2016). "Historia, presente y proyecciones de la farmacopea", en Anales de la Real Academia Nacional de Farmacia, Vol. 82, No. 3, Real Academia Nacional de Farmacia, España, pp. 283-296.

Grupo Imagen (2017). Principales tendencias de consumo de bebidas alcohólicas en México. Encuesta de Opinión Pública, Grupo Imagen.

Gutiérrez, A. A. (2018a). "El paisaje religioso entre los yokot'an de Tamulté de las Sabanas, Tabasco", en Estudios sociales y humanísticos. Miradas múltiples, Colección Manuel Mestre Ghigliazza, Universidad Juárez Autónoma de Tabasco, México, pp. 83-106.

Gutiérrez, A. A. (2018b). "Epiméleia socrática: modelo terapéutico de Drogadictos Anónimos en Villahermosa, Tabasco, México", en Drugs and Addictive Behavior. Revista digital especializada sobre el consumo de sustancias psicoactivas y las adicciones, Vol. 3, No. 1, Universidad Católica Luis Amigó, Colombia, pp. 75-91.

Gutiérrez, A. A. (2017). “Asociaciones Civiles que atienden a usuarios de drogas en Villahermosa, Tabasco”, en Espacio. Innovación más Desarrollo. Revista digital multidisciplinaria, Vol. 6, No. 15, Universidad Autónoma de Chiapas, México, pp. 100-124.

Gutiérrez, A. A. (2014). Purificando almas: Alcohólicos Anónimos en Bacalar, Carlos A. Madrazo y Ramonal, Quintana Roo, Colección Ciencia Nueva, Universidad Nacional Autónoma de México, México.

Gutiérrez, A. D. (2016a). Estadística del consumo de drogas en pacientes de primer ingreso a tratamiento por sexo, entidad federativa y unidad de atención, primer semestre de 2015, Centros de Integración Juvenil, A.C.

Gutiérrez, A. D. (2016b). Estadística del consumo de drogas en pacientes de primer ingreso a tratamiento por sexo, entidad federativa y unidad de atención, segundo semestre de 2015, Centros de Integración Juvenil, A.C.

Habermas, J. (1992a). Teoría de la acción comunicativa I. Racionalidad de la acción y racionalización social, Taurus, España.

Habermas, J. (1992b). Teoría de la acción comunicativa II. Crítica de la razón funcionalista, Taurus, España.

Harvey, D. (1998). La condición de la posmodernidad. Investigación sobre los orígenes del cambio cultural, Amorrortu, Argentina.

Heckmann, W. y Silveira, C. (2011). Dependencia alcohólica: aspectos clínicos y diagnósticos, en “El alcohol y sus consecuencias: un enfoque multiconceptual”, Editorial Manole, Brasil, pp. 67-88.

Henao, S. (2012). “Representaciones sociales del consumo de drogas en un contexto universitario, Medellín, Colombia, 2000”, en Revista Facultad Nacional de Salud Pública, Vol. 30, Núm. 1, Universidad de Antioquia, Colombia, pp. 26-37

Hernández, G. (2006). Paradigmas en psicología de la educación, Editorial Paidós Educador, México.

Hervieu-Léger, D. (2005). La religión, hilo de memoria, Herder, España.

Hervieu-Léger, D. (2004). El peregrino y el convertido, la religión en movimiento, Helénico, México.

Homero (2017). "La Odisea", en Biblioteca Digital, Instituto Latinoamericano de la Comunicación Educativa ILCE.

Hornsey, I. (2003). A history of beer and brewing, Royal Society of Chemistry, Cambridge, United Kingdom.

Inglehart, R. (2005). Modernización y cambio cultural: la persistencia de los valores tradicionales, Cuadernos del Mediterráneo, Vol. 5, Instituto Europeo del Mediterráneo, España, pp. 21-32.

Instituto Nacional de Estadística y Geografía (2016). Mortalidad. Causas de defunción, INEGI, México.

Instituto Nacional del Cáncer (2018). Diccionario de cáncer, Instituto Nacional del Cáncer, Institutos Nacionales de la Salud, Departamento de Salud y Servicios Humanos de los Estados Unidos.

James, W. (2006). Las variedades de la experiencia religiosa, estudio de la naturaleza humana, Tomo II, Prana, México.

James, W. (2005). Las variedades de la experiencia religiosa, estudio de la naturaleza humana, Tomo I, Prana, México.

Javier (2018). Entrevista realizada en la División Académica de Ciencias Sociales y Humanidades, Universidad Juárez Autónoma de Tabasco (Mp3), 11 y 18 de septiembre de 2018, Villahermosa, Tabasco, México.

Jellinek, E. M. (2012). The disease concept of alcoholism, Literary Licensing, United States.

Kaminsky, G. (2001). Socialización, Trillas, México.

Kirchhoff, P. (2002). Escritos selectos: estudios mesoamericanistas, Volumen I, Instituto de Investigaciones Antropológicas, Universidad Nacional Autónoma de México, México.

León, B. (2010). La alcoholización como proceso biosociocultural en comunidades mazahuas del Estado de México, Tesis para obtener el grado de doctora en antropología física, Escuela Nacional de Antropología e Historia, México.

Lisbona, M. (2008). Persecución religiosa en Chiapas (1910-1940), PROIIMSE, IIA, Universidad Nacional Autónoma de México, México.

López, E. (2016). Drogas, su legalización, Porrúa, México.

López, M. (2011). El cuidado: un imperativo para la bioética. Relectura filosófico-teológica desde la épiméleia, Universidad Pontificia de Comillas, Madrid, España.

Lozoya, X. (2003). "Las plantas del alma", en Arqueología Mexicana, Vol. 10, No. 59, INAH, México, pp. 58-63.

Lozoya, X. (1999). "Un paraíso de plantas medicinales", en Arqueología Mexicana, Vol. 7, No. 39, INAH, México, pp. 14-21.

Lyotard, J. F. (2006). La condición postmoderna, Cátedra, España.

Masferrer, E. (2003). "Los alucinógenos en las culturas contemporáneas. Un patrimonio cultural", en Arqueología Mexicana, Vol. 10, No. 59, INAH, México, pp. 50-55.

Matadamas, D. (2016). El culto al pulque en el Templo Mayor de Tenochtitlán: evidencias materiales, Tesis de Licenciatura en Arqueología, Escuela Nacional de Antropología e Historia, México.

McKenna, T. (1993). El manjar de los dioses. Una historia de las plantas, las drogas y la evolución humana, Paidós, España.

Menéndez, E. (2009). "De rituales y subjetividades. Reflexiones sobre algunas características de los grupos de Alcohólicos Anónimos", en Desacatos, No. 29, CIESAS, México, pp. 107-120.

Menéndez, E. (1991). Antropología del alcoholismo en México. Los límites culturales de la economía política 1930-1979, CIESAS, México.

Menéndez, E. (1990). Morir de alcohol: saber y hegemonía médica, Alianza Editorial Mexicana, México.

Menéndez, E. (1988). Aportes metodológicos y bibliográficos para la investigación del proceso de alcoholización en América Latina, CIESAS, México.

Menéndez, E. y Di Pardo, R. (2006). "Alcoholismo: políticas e incongruencias del sector salud en México", en Desacatos, No. 20, CIESAS, México, pp. 29-52.

Menéndez, E. y Di Pardo, R. (1996). De algunos alcoholismos y algunos saberes: atención primaria y proceso de alcoholización, CIESAS, México.

Mercado, A. y Hernández, A. (2010). El proceso de construcción de la identidad colectiva. Convergencia. Revista de Ciencias Sociales, No. 53, UAEM, México, pp. 229-251.

Mitchell, M. L. & Jolley, J. M. (2003). Research design explained, Wadsworth Publishing Group, United States of America.

Módena, M. E. (2016). Beber y dejar de beber. Alcohólicos Anónimos y la construcción del padecimiento de la carrera alcohólica, CIESAS, México.

Módena, M. E. (2009). "Diferencias, desigualdades y conflicto en un grupo de Alcohólicos Anónimos", en Desacatos, No. 29, CIESAS, México, pp. 31-46.

Molina, P. y Checa, F. (1997). La función simbólica de los ritos. Rituales y simbolismo en el Mediterráneo, Instituto de Estudios Almerienses, Icaria Editorial, España.

Muñoz, J. (2010). "Las bebidas alcohólicas en la historia de la humanidad", en AAPAUNAM Academia, Ciencia y Cultura, Vol. 2, Número especial, UNAM, México, pp. 42-52.

Murcia, M. P. y Orejuela, J. J. (2014). "Las comunidades teoterapéuticas y psicoterapéuticas como tratamiento contra la adicción a SPA: una aproximación a su estado del arte", en Revista CES Psicología, Vol. 7, Núm. 2, Universidad CES, Medellín, Colombia, pp. 153-172.

Nateras, A. y Nateras, J. O. (1994). "El uso social de drogas: una mirada desconstruccionista", en Iztapalapa. Revista de Ciencias Sociales y Humanidades, Número 35, Universidad Autónoma Metropolitana, México, pp. 113-130.

Observatorio Nacional Ciudadano de Seguridad, Justicia y Legalidad (2018). La consolidación de los registros y estadísticas delictivas en México, Observatorio Nacional Ciudadano de Seguridad, Justicia y Legalidad, México.

Oficina de las Naciones Unidas contra la Droga y el Delito (2017). Informe mundial sobre las drogas. Conclusiones y consecuencias en materia de políticas, Oficina de las Naciones Unidas contra la Droga y el Delito, Austria.

Olivier, G. (2012). "Los dioses ebrios del México antiguo. De la trasgresión a la inmortalidad", en Arqueología Mexicana, Vol. 19, No. 114, INAH, México, pp. 26-33.

Organización Mundial de la Salud (2008). Glosario de términos de alcohol y drogas, Gobierno de España, Ministerio de Sanidad y Consumo, Madrid, España.

Organización Panamericana de la Salud (2011). Intervención breve vinculada a ASSIST para el consumo riesgoso y nocivo de sustancias, Organización Panamericana de la Salud, Washington, D.C., Estados Unidos de América.

Organización Panamericana de la Salud (2008). Alcohol y atención primaria de la salud: informaciones clínicas básicas para la identificación y el manejo de riesgos y problemas, Organización Panamericana de la Salud, Washington, D.C., Estados Unidos de América.

Organización Panamericana de la Salud (2005). Neurociencia del consumo y dependencia de sustancias psicoactivas, Organización Panamericana de la Salud, Washington, D.C., Estados Unidos de América.

Organización Panamericana de la Salud (2003). Clasificación Estadística Internacional de Enfermedades y Problemas Relacionados con la Salud, Décima Revisión, Volumen 1, Organización Panamericana de la Salud, Washington, D.C., Estados Unidos de América.

Ovejero, A. (2000). "La adicción como búsqueda de identidad: una base teórica psicosocial para una intervención eficaz", en Intervención Psicosocial, Vol. 9, No. 2, pp. 199-215.

Pardo, R. et al. (2007). "Cafeína: un nutriente, un fármaco, o una droga de abuso", en Adicciones, Vol. 19, Núm. 3, Sociedad Científica Española de Estudios sobre el Alcohol, el Alcoholismo y las otras Toxicomanías, Palma de Mallorca, España, pp. 225-238.

Patricia (2018). Entrevista realizada en el negocio de Patricia (Mp3), 22 y 29 de octubre de 2018, Bacalar, Quintana Roo, México.

Pereyra, G. (2012). "México: violencia criminal y guerra contra el narcotráfico", en Revista Mexicana de Sociología, Vol. 74, No. 3, Universidad Nacional Autónoma de México, México, pp. 429-460.

Pérez, J. E. (2010). "La guerra contra el narcotráfico: ¿una guerra perdida?", en Espacios Públicos, Vol. 14, No. 30, Universidad Autónoma del Estado de México, México, pp. 211-230.

Pérez, R. (1997). "Fragmentos de historia de las drogas en México 1870-1920", en Hábitos, normas y escándalo. Prensa, criminalidad y drogas durante el porfiriato tardío, Plaza y Valdés, CIESAS, México, pp. 145-210.

Piaget, J. (1991). Seis lecciones de psicología, Editorial Labor, España.

Piccato, P. (1997). "El discurso sobre la criminalidad y el alcoholismo hacia el fin del porfiriato", en Hábitos, normas y escándalo. Prensa, criminalidad y drogas durante el porfiriato tardío, Plaza y Valdés, CIESAS, México, pp. 75-142.

Pizarro, Á. (2004). Apuntes sobre la filosofía socrática: el cuidado del alma, en Revista de Humanidades, Vol. 8-9, Universidad Andrés Bello, Viña del Mar, Chile, pp. 147-157.

Platón (2015). Diálogos, Tomo A, Colección sepan cuantos, Editorial Porrúa, México.

Posada, X. (1982). Manual de los vinos y aguardientes de Galicia, Penthalon, España.

Real Academia Española (2011). Diccionario de la lengua española, vigésima primera edición (formato EPUB), Real Academia Española, Madrid, España.

Reyna, M. del C. (1996). "Boticas y boticarios. Siglos XVI al XIX", en Dimensión antropológica, Vol. 7, INAH, México, pp. 55-72.

Rosen, J. y Zepeda, R. (2015). "La guerra contra el narcotráfico en México: una guerra perdida", en Reflexiones, Vol. 94, No. 1, Universidad de Costa Rica, Costa Rica, pp. 153-168.

Ruano, Y. (2002). Wittgenstein: la filosofía como phármakon del encantamiento del lenguaje, en Logos. Anales del Seminario de Metafísica, Vol. 35, Universidad Complutense de Madrid, España, pp. 297-330.

Ruiz, M. Á. et al., (2012). Manual de técnicas de intervención cognitiva conductuales, Desclée de Brouwer/Universidad Nacional de Educación a Distancia, Madrid, España.

Sacchi, M. et al. (2007). "Percepción del proceso salud-enfermedad-atención y aspectos que influyen en la baja utilización del Sistema de Salud, en familias pobres de la ciudad de Salta", en Salud Colectiva, Vol. 3, Número 3, Universidad Nacional de Lanús, Argentina, pp. 271-283

Sahagún, B. (1981). El México antiguo. Selección y reordenación de la Historia General de las cosas de la Nueva España de fray Bernardino de Sahagún y de los informantes indígenas, Edición, prólogo y cronología José Luis Martínez, Biblioteca Ayacucho, Venezuela.

Saint-Andre, P. (2011). "Fragmentos seleccionados de Epicúrea".

Salas, D. (2016). "Buzón del albergado", en Gaceta "El Mensaje", No. 24, agosto, Drogadictos Anónimos A.C., Ciudad de México, México, pp. 1-2.

Salles, V. y Valenzuela, J. M. (1997). En muchos lugares y todos los días. Vírgenes, santos y niños dios. Mística y religiosidad popular en Xochimilco, El Colegio de México, México.

Sánchez, J. F. et al., (2012). "La farmacia, la medicina y la herbolaria en el códice florentino", en Revista mexicana de ciencias farmacéuticas, Vol. 43, No. 3, Asociación Farmacéutica Mexicana A.C., México, pp. 55-66.

Sánchez, J. F. e Islas, V. (1997). La evolución de la farmacia en México, Facultad de Estudios Superiores Zaragoza, Universidad Nacional Autónoma de México.

Saussure, F. (2007). Curso de lingüística general, Losada, Argentina.

Sauvé, L. (1999). La educación ambiental entre la modernidad y la posmodernidad: en busca de un marco de referencia educativo integrador, en Tópicos en Educación Ambiental, Vol. 1, No. 2, ANEA, México, pp. 7-25.

Schultes R. E. y Hofmann, A. (2000). Plantas de los dioses. Orígenes del uso de los alucinógenos, Fondo de Cultura Económica, México.

Secretaría de Salud (2017). Encuesta Nacional de Consumo de Drogas, Alcohol y Tabaco 2016-2017: Reporte del Alcohol, Secretaría de Salud, Comisión Nacional contra las Adicciones, Ciudad de México, México.

Secretaría de Salud (2012). Encuesta Nacional de Adicciones, Secretaría de Salud, Consejo Nacional contra las Adicciones, Ciudad de México, México.

Secretaría de Salud (2009a). Encuesta Nacional de Adicciones. Tabaco, drogas y alcohol, Secretaría de Salud, Consejo Nacional contra las Adicciones, Ciudad de México, México.

Secretaría de Salud (2009b). Encuesta Nacional de Adicciones. Resultados por entidad federativa: Tabasco, Secretaría de Salud, Consejo Nacional contra las Adicciones, Ciudad de México, México.

Secretaría de Salud (2002). Encuesta Nacional de Adicciones. Tabaco, alcohol y otras drogas, Secretaría de Salud, Consejo Nacional contra las Adicciones, Ciudad de México, México.

Secretariado Ejecutivo del Sistema Nacional de Seguridad Pública (2018). Informe de víctimas de homicidio, secuestro y extorsión 2017, Secretaría de Gobernación, México.

Simon, B. (1984). Razón y locura en la antigua Grecia. Las raíces clásicas de la psiquiatría moderna, Akal, Madrid, España.

Soberón, A. (1999). "Introducción. Elixir milenario: el pulque", en Cuadernos de Investigación FISAC, Año 1, No. 2, Fundación de Investigaciones Sociales A.C, México, pp. 4-9.

Tejeda, J. L. (2005). La búsqueda de la identidad, en Revista Interamericana de Educación de Adultos, Vol. 27, No. 2, CREFAL, México, pp. 172-186.

Thouvenot, M. (2014). Diccionario náhuatl-español, Serie Cultura Náhuatl, Monografías, Instituto de Investigaciones Históricas, Universidad Nacional Autónoma de México, México.

Touraine, A. (2005). Un nuevo paradigma para comprender el mundo hoy, Paidós, España.

Touraine, A. (2004). Critica de la modernidad, Fondo de Cultura Económica, México.

Trice, H. & Staudenmeier, W. (1989). "A sociocultural history of Alcoholics Anonymous", in Recent Developments in Alcoholism, Vol. 7, New York, Plenum. pp. 11-35.

Turner, V. (2013). La selva de los símbolos, Siglo XXI, México.

Valverde, L. A. y Pochet, J. F. (2003). "Drogadicción: hijos de la negación", en Revista de Ciencias Sociales, Vol. 1, Número 99, Universidad de Costa Rica, Costa Rica, pp. 45-55.

Vela, E. (2018). "El pulque prehispánico. Regalo de los dioses", en Arqueología Mexicana, Edición Especial No. 78, "Un don divino. El pulque", INAH, México, pp. 8-13.

Velasco, R. (1998). Alcoholismo: visión integral, Trillas, México.

Velásquez, Y. A. (2012). Resiliencia y consumo de alcohol, tabaco y otras drogas en estudiantes de bioanálisis de la Universidad de los Andes, Venezuela, Tesis para obtener el grado de doctor en patología existencial e intervención en crisis, Departamento de Psiquiatría, Facultad de Medicina, Universidad Autónoma de Madrid, España.

Vallejo, Á. (2013). "Platón y el pensamiento utópico: la terapéutica del todo", en Crítica y meditación. Homenaje al profesor Pedro Cerezo Galán, Universidad de Granda, España, pp. 457-484.

Vargas, L. A. (1999). "El pulque en la cultura de los pueblos indígenas", en Cuadernos de Investigación FISAC, Año 1, No. 2, Fundación de Investigaciones Sociales A.C, México, pp. 12-21.

Warman, A. (2003). Los indios mexicanos en el umbral del milenio, Fondo de Cultura Económica, México.

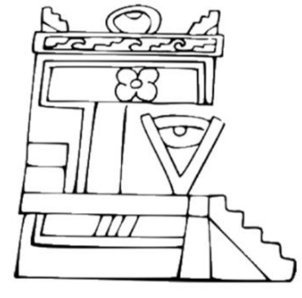
Weber, M. (2010). Sociología de la religión, Colofón, México.

Weber, M. (2002). Economía y sociedad. Esbozo de sociología comprensiva, Fondo de Cultura Económica, España.

Weber, M. (2016). El político y el científico, Colofón, México.

World Health Organization (2014). Global status report on alcohol and health, World Health Organization, Geneva, Switzerland.

Znamenski, A. (2007). The beauty of the primitive: shamanism and western imagination, Oxford University Press, United States.



Difusión y Divulgación
Científica y Tecnológica

José Manuel Piña Gutiérrez
Rector

Raúl Guzmán León
Secretario de Investigación, Posgrado y Vinculación

Andrés González García
Director de Difusión y Divulgación Científica y Tecnológica

Calíope Bastar Dorantes
Jefe del Departamento Editorial de Publicaciones No Periódicas

Esta obra se terminó el 31 de julio de 2019. El cuidado estuvo a cargo del autor y del Departamento Editorial de Publicaciones No Periódicas de la Dirección de Difusión y Divulgación Científica y Tecnológica de la UJAT.



Universidad Juárez Autónoma de Tabasco

"Estudio en la duda. Acción en la fe"